DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

PAR

LUCIEN HEMEY

DOCTEUR EN MÉDECINE

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris,
Membre de la Société médicale d'observation de Paris.

PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres

Hipp. Baillière, 219, Regent street

New-York

Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1866

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

AVANT-PROPOS

En prenant pour sujet de ma thèse la péritonite tuberculeuse, je me suis proposé deux choses : la première, de décrire une maladie assez fréquente, et sur laquelle on ne trouve, dans les auteurs classiques, que des données fort restreintes; la seconde, de présenter, à propos de la péritonite, une idée d'ensemble sur la tuberculose. Dans cette partie de mon travail, plus générale et qu'il me faudra cependant beaucoup abréger, je n'ai pas la prétention d'écrire des choses nouvelles, car je vais, au contraire, montrer à chaque instant que tous les faits que j'avance ont été observés et décrits par les auteurs anciens ou modernes, et c'est seulement dans l'interprétation de ces faits que l'on pourra trouver quelques idées neuves : par exemple, cet état inflammatoire aigu, observé et décrit par nombre de médecins, si merveilleusement étudié par mon maître, M. Empis, sous le nom de granulie, et qui chemine à côté

de la tuberculisation, dans toutes les observations, pour ainsi dire. Cet état inflammatoire général trouvera une large place dans ce travail, mais je le considère comme une manifestation, souvent la première, mais toujours la plus importante, de la diathèse tuberculeuse; c'est lui que je suivrai pas à pas dans toutes mes descriptions, et c'est en lui donnant l'importance énorme qu'il me paraît avoir dans la tuberculose, que j'espère servir à l'histoire de cette diathèse.

Poursuivant ensuite cette manière de voir, je ne puis admettre que la tuberculose donne un produit spécial, qu'il soit jaune ou gris, opaque ou transparent; mais je crois, au contraire, que ses produits sont nombreux et variables, et que l'hypérémie, les suffusions séreuses, les dépôts fibrineux, les granulations grises et jaunes, etc., sont autant de manifestations, toutes *immédiatement dépendantes* de la tuberculose.

ÉTIOLOGIE

—

Les causes de la péritonite tuberculeuse sont d'abord toutes celles de la tuberculisation en général, et je ne ferai que les indiquer très-brièvement ici. Puis ensuite j'aurai à rechercher quelles sont les conditions qui peuvent favoriser la localisation de la diathèse au péritoine en particulier.

Parmi les causes de la tuberculisation en général, l'hérédité se trouve placée en première ligne, et personne aujourd'hui n'émet l'ombre d'un doute à cet égard : toutes les circonstances de cette hérédité sont parfaitement traitées dans la thèse de M. Peter (1); mais, quoique cette cause soit de beaucoup la plus fréquente, elle n'est pas la seule, et, de même que la tuberculisation peut s'acquérir, nous voyons aussi la péritonite tuberculeuse se montrer chez des individus qui n'ont aucun antécédent, appréciable du moins, de diathèse tuberculeuse. J'ajouterai cependant tout de suite que les exemples de ce genre sont plus rares pour le péritoine que pour les poumons; il semblerait que la manifestation péritonéale ait besoin, pour se produire, que l'économie tout entière soit plus fortement imbue de la diathèse, et que la tuberculisation acquise se manifeste plutôt, soit par la forme généralisée inflammatoire (granulie), soit par la localisation pulmonaire. Dans ce cas, les causes sont encore, comme pour la tuberculisation en géné-

(1) Thèse pour le concours de l'agrégation, 1866.

ral, de mauvaises conditions d'existence, que l'on peut ranger en quatre catégories :

1° Celle d'ordre physique : encombrement, obscurité ou absence d'insolation, humidité, froid.

2° Celle d'ordre physiologique : insuffisance d'alimentation et d'exercice, déperdition sans réparation.

3° Celle d'ordre psychique : les chagrins, les travaux intellectuels prolongés.

4° Celle d'ordre pathologique : toute cause morbide qui, par sa présence altère la nutrition, et l'on voit qu'il nous faudrait citer ici bon nombre de maladies.

La péritonite tuberculeuse peut se rencontrer à tous les âges ; et, dans les observations qui me sont personnelles, je trouve, comme limites extrêmes, quatre ans et soixante-treize ans.

Entre ces deux chiffres, si différents cependant, se rencontre toute la série des âges intermédiaires. Ce point comporte quelques détails : de l'avis de tous les observateurs, la péritonite est rare dans les toutes premières années de l'existence, et rare aussi dans un âge avancé ; dans l'un et l'autre cas, l'explication me paraît assez simple : les tout jeunes enfants présentent une très-faible résistance à la diathèse et succombent aux premières atteintes qui, chez eux, sont pulmonaires ou cérébrales ; quant aux vieillards, outre que leur nombre est relativement minime, ils succombent avant soixante-quinze ans, s'ils sont en puissance de la diathèse tuberculeuse. D'une façon générale, il est donc exact de dire que la péritonite tuberculeuse se rencontre à tous les âges, avec la restriction que je viens d'indiquer ; mais cette maladie est cependant plus fréquente

pendant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte.

Les auteurs qui l'ont étudiée chez les enfants, signalent les garçons comme en étant plus souvent atteints que les filles. Je n'ai pas un nombre suffisant d'observations pour savoir au juste si la péritonite tuberculeuse de l'adulte est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, cette question, comme toutes celles de statistique, demande, pour que la solution soit valable, un nombre immense de faits.

Il nous reste à chercher dans quelle proportion la diathèse tuberculeuse donne lieu à des altérations péritonéales. Depuis plusieurs années que j'observe les tuberculeux à ce point de vue, je puis dire que beaucoup de ces malades présentent ou ont présenté une exagération de la sensibilité de cette séreuse; j'indiquerai plus loin de quelle manière on pourra reconnaître la sensibilité qui est due, soit à la peau, soit à la séreuse, soit aux intestins, je ne m'y arrête pas ici; je constate simplement le fait, qu'il est bien facile de vérifier, car les tuberculeux abondent malheureusement. — J'ai noté, pour donner une idée de la proportion, les résultats fournis par les malades tuberculeux, qui sont entrés dans le service de M. Vigla, du 15 septembre au 1er novembre 1866, et j'ai constaté *mathématiquement* que sur 32 phthisies, 25 ont présenté une douleur abdominale dont les caractères étaient bien ceux de la douleur provenant du péritoine, écartant, bien entendu, de ce nombre, les individus présentant de l'hyperesthésie cutanée, ou une sensibilité due à des ulcérations intestinales. Aucune maladie abdominale, quel que soit son siége ou sa nature, ne m'a paru avoir de rapport évident avec le développement de la péritonite tuberculeuse. Une seule cause est nécessaire et suffisante, c'est la diathèse tuberculeuse, et l'influence des

causes occasionnelles me paraît jusqu'à ce jour tout à fait problématique. En effet, nous ne pouvons pas sérieusement expliquer pourquoi la diathèse se manifeste plutôt sur tel point de l'organisme que sur tel autre, et donne lieu, comme maladie principale, ici à une méningite, là à une pleurésie, ou bien enfin à une péritonite. N'oublions pas d'ajouter, pour atténuer l'importance qu'il y aurait à pouvoir donner cette explication, que malgré cette apparence de localisation, la diathèse tuberculeuse se fait remarquer au contraire par la généralisation de ses produits morbides, quels qu'ils soient.

Je ne terminerai cependant pas ce court chapitre sur l'étiologie, sans dire un mot des tentatives faites, dans ces derniers temps, pour démontrer la possibilité de l'inoculation, et partant, de la contagion de la tuberculose. M. Villemin a fait de nombreuses et belles expériences, dont plusieurs paraissent être en faveur de cette inoculabilité. MM. Hérard et Cornil en ont fait quelques-unes qui sembleraient confirmer les précédentes. M. Empis, de son côté, a renouvelé les mêmes expériences, mais avec moins de succès, m'a-t-il dit. Du reste, aucun de ces expérimentateurs n'est affirmatif; je ne saurais l'être davantage, et je me contente de signaler ici tant de louables efforts qui nous donneront bientôt, je l'espère, une solution définitive; mais pour l'instant les faits sont trop complexes et encore insuffisants pour conclure.

SYMPTOMES.

Début. — Je passe donc de suite aux symptômes, et je vais insister un peu sur le début de cette maladie, début

qui me paraît être trop brièvement indiqué par les auteurs. La péritonite tuberculeuse peut, d'après mon observation, débuter de deux façons différentes : d'abord, d'une façon aiguë, les malades sont pris assez rapidement de douleurs abdominales vives et d'un appareil fébrile qui présente un paroxysme vers le soir; mais la douleur n'est pas chez eux limitée à l'abdomen, on la rencontre en même temps vers l'encéphale, sous forme de céphalalgie, puis sur les côtés du thorax. Il y a des vomissements, la langue est sale, l'appétit est nul; c'est en un mot cet état fébrile aigu, mal défini, pour la plupart des médecins, et si bien tracé par M. Empis, sous le titre de granulie. Voilà le point de départ; mais si bientôt les malades sont emportés par la phthisie granuleuse généralisée (Hérard et Cornil), comme cela se présente souvent, les symptômes abdominaux passent dans le nombre, et l'on se contente de noter à l'autopsie la multiplicité et la généralisation des granulations tuberculeuses; toute l'attention se fixe sur les lésions d'organes bien plus importants, poumons et centres nerveux, et ces faits restent muets pour l'histoire de la péritonite tuberculeuse.

Cependant, au bout de quelques jours de cet état fébrile dont je parlais, le pouls tombe, les symptômes alarmants disparaissent successivement, excepté toutefois la douleur abdominale, qui persiste ou s'exaspère; le ventre est météorisé, très-sensible à la pression; la palpation donne la sensation du froissement de l'amidon, et détermine dans les intestins de petits gargouillements caractéristiques; pendant quelques jours on observe de la diarrhée ou de la constipation; quelquefois même ces deux états se succèdent à fort peu d'intervalle, et puis, au bout de trois semaines à un mois, au plus, ces derniers symptômes abdominaux cèdent à leur

tour, il ne reste plus au malade que quelques douleurs vagues, qu'il baptise du nom de coliques et se considère comme guéri. Ces faits, que l'on ne trouve pas ou qui sont à peine indiqués dans les descriptions, peuvent être considérés, je crois, comme le début fréquent de la péritonite tuberculeuse.

Enfin, ces malades, que nous venons de voir en apparence guéris, reprennent leurs occupations pendant un temps plus ou moins long; puis, à un certain moment, ils sont pris de symptômes gênants du côté de l'abdomen : diarrhée, coliques vives, tuméfaction du ventre, le tout s'accompagnant d'amaigrissement et d'une toux sèche à laquelle ils ne font point attention. Cette nouvelle poussée se fait le plus souvent d'une façon obscure, sans réaction franche, qui oblige les malades à s'arrêter; ils n'y sont forcés que par la durée des accidents et un affaiblissement constant, mais insensible. Ce sont ces dernières manifestations que la plupart des auteurs, mal renseignés sur les antécédents des malades, signalent comme le début de la péritonite tuberculeuse, et la qualifient alors très-logiquement de chronique; cependant ils n'assistent alors le plus souvent qu'à une seconde phase de la maladie; je dis le plus souvent, car dans quelques circonstances, quelque soin que l'on mette à interroger les antécédents, il est impossible de retrouver la première période, cette période que nous décrivions tout à l'heure, et qui est si remarquable par l'état fébrile aigu qui préside à son évolution.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous dirons :

1° Le début de la péritonite tuberculeuse est le plus souvent marqué par un état fébrile aigu, mais l'inflammation, qui est de cause générale, peut emporter rapidement le ma-

lade, ou se localiser sur le péritoine; dès lors la marche de l'affection peut, avec ou sans interruption, devenir chronique et progressive.

2° Le début peut, dans quelques cas, être d'emblée chronique et progressif, et c'est presque là le seul début indiqué par les auteurs, bien qu'il soit certainement de beaucoup le moins fréquent. Mais, comme nous venons de le dire, il est aussi beaucoup plus facile à constater, n'étant pas, comme le premier, l'objet de fréquentes erreurs de diagnostic.

Signes. — On voit déjà, d'après ce qui précède, combien vont être différents les signes de la maladie, selon que le début aura lieu d'une manière ou d'une autre, et, pour faire saisir cette différence, je les décrirai séparément.

La péritonite tuberculeuse débute-t-elle d'une façon aiguë ? Nous trouvons le tableau tracé avec tant d'exactitude et de talent par M. Empis, dans son livre sur la granulie, au chapitre Forme abdominale, page 192, que notre description ne peut être que pâle à côté de la sienne.

Nous n'aurons pas de signes constants ou au moins semblables, la plupart du temps, qui puissent donner à la maladie un cachet assez caractéristique pour la reconnaître aussitôt. C'est donc plutôt par exclusion que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic pourra se faire dès le début, car pour une période plus avancée, nous verrons qu'un assez bon nombre de symptômes sont décrits et suffisamment connus aujourd'hui pour donner à ce diagnostic un peu de certitude.

Je vais donc être obligé, pour décrire ces signes, d'analyser mes observations et de signaler toute une série de

phénomènes qui se présentent dans cette maladie, en prévenant le lecteur qu'un ou plusieurs de ces phénomènes peuvent manquer chez un sujet pris au hasard. Ce fait, que l'on pourrait noter dans toutes les maladies, est ici beaucoup plus remarquable.

L'amaigrissement est un signe sur lequel on ne saurait trop insister ; il indique, le plus souvent, un trouble sérieux dans l'économie, et précède ordinairement, dans la maladie qui nous occupe, les premiers accidents qui attirent l'attention des malades. Pendant un temps plus ou moins long, variable de quinze jours à deux mois, cet amaigrissement ne s'accompagne que d'un malaise général peu défini, dont les malades se rendent à peine compte, puis éclatent bientôt des troubles sérieux du côté des diverses fonctions : la fièvre s'allume le soir pour ne cesser que vers le matin. La céphalalgie, presque constante, se présente habituellement sous forme de douleur sourde et obtuse, elle est susceptible cependant quelquefois de prendre la forme lancinante ; mais le caractère le plus saillant, sans contredit, c'est la persistance même de cette céphalalgie ; je le signale avec d'autant plus de soin qu'il nous sera d'un grand secours pour établir le diagnostic. Puisque nous en sommes aux phénomènes nerveux, notons de suite quelques troubles de la vision assez vagues et peu constants, limités ordinairement à un simple brouillard qui rend l'image diffuse ; je ne saurais mieux comparer cet accident qu'à celui que produit l'instillation de la belladone dans l'œil, en amenant la dilatation de la pupille. Comme, en effet, dans l'état morbide qui nous occupe, la dilatation pupillaire est très-fréquente, on pourrait bien expliquer ainsi les troubles de la vision. Notons encore quelques bourdonnements d'oreille,

de l'insomnie et des rêves pénibles, allant jusqu'au cauchemar, et nous aurons les principaux retentissements de la maladie sur le système nerveux.

Du côté du tube digestif, nous voyons que la langue est le plus souvent humide ou à peine collante, alors même que la fièvre est presque continue : ce signe, quoique susceptible de présenter quelques exceptions, est assez constant néanmoins pour avoir une grande valeur. La plupart du temps on la trouve aussi blanche et épaisse ; l'appétit est nul, et bientôt surviennent des nausées et des vomissements : ces derniers sont plus rarement alimentaires qu'on ne saurait le croire ; ils ont lieu le matin ou le soir, et sont généralement verdâtres ou aqueux : leur fréquence et leur abondance sont très-variables, et l'on ne saurait établir une relation exacte entre eux et la douleur abdominale, car il importe de noter qu'ils peuvent se montrer fréquents avant que les symptômes péritonéaux ne soient eux-mêmes assez marqués pour attirer l'attention. Nous trouvons aussi des troubles très-notables et constants dans la défécation ; mais la diarrhée et la constipation se succèdent de la façon la plus bizarre, sans cause appréciable. La constipation est quelquefois telle, qu'à une certaine période, la maladie peut simuler un étranglement interne. Les malades, après une diarrhée abondante, restent cinq ou six jours sans aller à la selle, et le ventre, tendu et douloureux, comme il l'est dans la maladie qui nous occupe, vient encore augmenter les causes d'erreur.

Cet aspect du ventre mérite toute notre attention : deux formes toutes différentes peuvent se montrer ; la première, de beaucoup la plus commune, est caractérisée par le développement assez considérable de la région ; la seconde,

beaucoup plus rare, consiste en un aplatissement, une rétraction même, de la paroi abdominale antérieure ; alors les intestins sont refoulés en arrière, maintenus étalés sur les côtés de la colonne vertébrale, par les muscles abdominaux, et, chose remarquable, le même sujet peut présenter, à différentes phases de sa maladie, ces deux formes abdominales successivement. Cet aspect du ventre ne nous offre du reste ici qu'un médiocre intérêt, mais nous verrons bientôt qu'il est, au contraire, un symptôme capital dans la forme ou période insidieuse et chronique de la maladie.

Ce ventre est sensible, et trois fois sensible : par la peau, par le péritoine et quelquefois par l'intestin lui-même. Ces trois modes de sensibilité sont bien remarquables ; ils existent aussi dans la fièvre typhoïde, mais avec une valeur toute différente, car c'est alors la sensibilité intestinale qui joue le principal rôle. La sensibilité cutanée et musculaire même est la conséquence d'un état pathologique des centres nerveux, les parois abdominales ne sont pas le siége unique de cette hyperesthésie, les membres la présentent à un très-haut degré, au niveau des articulations par exemple. C'est encore un symptôme signalé par M. Empis dans son livre *Sur la granulie,* page 195, et il ajoute : « Dans ce cas l'exagération de la sensibilité est très-superficielle ; elle a son maximum à la peau, et l'on ne peut la saisir entre deux doigts sans causer une vive douleur. » — La séreuse devient douloureuse, et c'est des trois la sensibilité la plus importante ; elle n'est éveillée que par une pression plus profonde, et présente en plusieurs points une exagération remarquable. Ces points correspondent précisément aux parties du péritoine où l'inflammation siége de-

préférence, c'est-à-dire aux hypochondres droits et gauches, et au niveau de l'ombilic.

L'exagération de sensibilité due à l'intestin est moins importante, et si j'en fais mention ici, c'est que la maladie qui nous occupe survient, assez souvent, chez des tuberculeux d'ancienne date, et que, dans ces cas, nous devrons tenir compte, en faisant le diagnostic, des lésions intestinales assez fréquentes : la douleur, alors, est plus profonde encore, et suit assez souvent le trajet du gros intestin, ayant son maximum dans la fosse iliaque gauche.

Un fait remarquable, dans cette période aiguë, c'est la présence possible de nombreuses taches rosées lenticulaires, en tout analogues à celles de la fièvre typhoïde, et sur lesquelles je ne saurais trop insister, car, confiant dans la valeur pour ainsi dire pathognomonique de ces taches, dans la fièvre typhoïde, on pourrait, à cause de leur seule présence, commettre une erreur de diagnostic.

Terminons enfin cette description par le récit de ce qui se passe du côté des poumons et des plèvres. — La respiration est toujours accélérée, mais dans des limites on ne peut plus variables ; de 25 à 50 respirations par minute, sont les chiffres que je retrouve en lisant mes observations. Il n'est pas rare de voir les malades se plaindre de douleurs dans la poitrine, douleurs analogues à celles qu'ils éprouvent dans l'abdomen, et si l'on emploie l'auscultation et la percussion dans le cas actuel, voici ce que l'on constate : des lésions presque constantes des poumons ou des plèvres, ou bien des deux à la fois. Mais ces lésions, très-variables, peuvent avoir tous les degrés de gravité. Les signes qu'elles fournissent sont : pour le poumon, des râles sibilants et ronflants, une diminution de l'expansion pulmonaire ou une

expiration prolongée sous les clavicules ; pour la plèvre, l'absence ou la diminution du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques d'un côté, et le plus souvent à droite, ou bien encore un frottement dont les caractères peuvent varier à l'infini. Peut-être trouvera-t-on que j'insiste peu sur ces signes, qui, du reste, ne sont qu'accessoires dans la maladie qui nous occupe, et sur lesquels nous serons obligé de revenir en faisant le diagnostic.

Après quelque temps de cet état morbide, que j'appellerais volontiers général, tous les phénomènes vont se concentrer pour ainsi dire vers l'abdomen, et la maladie va entrer dans cette phase, très-bien observée et décrite par les auteurs, et d'une façon remarquable par M. Grisolle ; cette phase de la maladie peut, dans certains cas, ne pas être précédée par celle que nous venons de décrire, mais, quoi qu'il en soit, les signes restent les mêmes, et nous allons les passer en revue, sous ce titre : *Symptômes de la forme que nous avons appelée insidieuse et chronique.*

Les malades éprouvent dans le ventre des douleurs qu'ils désignent le plus souvent sous le nom de coliques ; en même temps la région est sensible, et la palpation est susceptible d'augmenter cette sensibilité. Cet état persiste pendant quelques jours avec assez d'intensité pour que, tout travail devenu impossible, les sujets soient obligés de garder le repos. A cette période, les malades ont souvent une diarrhée abondante qui les épuise ; dans quelques circonstances, c'est au contraire une constipation opiniâtre ; mais le fait constant est un trouble dans les évacuations intestinales, trouble que nous avons déjà signalé dans la forme précédente, mais qui a peut-être ici plus d'importance encore. Après quelques jours, les douleurs s'apaisent ainsi

que la diarrhée, et les malades reprennent leurs occupations pour un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que les mêmes accidents viennent encore les arrêter. Dès l'origine, l'état général est devenu mauvais et a été progressivement de plus en plus mauvais: c'est un affaiblissement, un état de langueur caractéristique, qui agit profondément sur le moral de ces malades: ils sont sans appétit et ont perdu toute gaieté.

Après plusieurs des atteintes dont nous venons de parler, le repos au lit devient plus nécessaire, d'une façon continue, et voici ce qu'on observe du côté du ventre : Deux formes différentes, et tout à fait opposées, dans l'une, distension, dans l'autre, rétraction des parois abdominales. La première, la plus fréquente de beaucoup, comme nous l'avons déjà dit plus haut, peut présenter tous les degrés: c'est tantôt un ventre volumineux, mais dont la différence avec l'état normal est surtout sensible pour le malade lui-même ; tantôt le météorisme est assez prononcé pour que la peau soit devenue luisante, et que la dépression de la paroi abdominale ne s'obtienne que sous un effort assez violent; alors les veines sont dilatées et paraissent souvent sous forme d'arborescences bleues, faisant saillie sous une mince couche dermique. La disposition de ces arborescences veineuses ne m'a présenté aucune particularité dans la péritonite tuberculeuse.

Mon ami, M. le docteur Lancereaux, m'a dit avoir remarqué une disposition différente dans les cas de cirrhose ou de péritonite. Pour lui, dans les premiers cas, les dilatations veineuses seraient sus-ombilicales; elles seraient, au contraire, sous-ombilicales dans la péritonite. Je dois dire que, depuis lors, mon observation particulière ne m'a pas

du tout conduit à cette conclusion, et jusqu'à présent j'attribue les dilatations veineuses à la présence de l'ascite; elles diminuent ou augmentent avec cette dernière, mais elles ne m'ont pas paru avoir de rapports avec la cause de l'ascite elle-même. Je regrette d'autant plus de ne pas avoir vérifié la justesse de la proposition de M. Lancereaux, qu'elle eût été un excellent signe diagnostique entre la péritonite tuberculeuse et la cirrhose, et nous verrons, par la suite, combien il est quelquefois difficile d'établir un diagnostic certain entre ces deux maladies.

La distension abdominale peut quelquefois se montrer à l'extrême, à tel point, que le diaphragme lui-même, repoussé par la pression, quand la paroi externe ne peut plus céder, la respiration se trouve fort embarrassée. A ces différents degrés de météorisme correspondent différentes sensations perçues par le palper abdominal. C'est d'abord, dans le premier degré, cette rénitence particulière signalée dès longtemps par M. le professeur Grisolle, et dont il a fait le signe pathognomonique de la péritonite chronique. C'est encore la perception de ces îlots d'intestins agglomérés par des fausses membranes, et dans lesquels la pression détermine des déplacements partiels de liquide et de gaz, qui produisent ces gargouillements inachevés, ces sortes de petits cris intestinaux sur lesquels insiste M. Gueneau de Mussy; c'est enfin, dans tout l'abdomen, ce bruit de frottement péritonéal, analogue à celui que produit le froissement de l'amidon, frottements qui s'usent assez vite si l'on veut répéter le phénomène plusieurs fois au même endroit : ils paraissent devoir leur existence à un certain degré de sécheresse de la séreuse.

Lorsque la distension abdominale est beaucoup plus

grande, nombre de ces sensations disparaissent, car la paroi, tendue comme la peau d'un tambour, ne permet que bien difficilement de se laisser déprimer, et de tous les signes tracés plus haut, la rénitence caractéristique persiste en dernier lieu.

La percussion est ici d'une grande valeur : elle nous fait découvrir de nouveaux signes fort importants. Le plus souvent la sonorité est exagérée dans toute la région, mais avec des nuances cependant qui peuvent aller de la sonorité tympanique la plus exagérée à une submatité relative, selon que la percussion portera sur une anse intestinale distendue et superficielle, ou sur une agglomération de fausses membranes. La percussion nous fait encore constater la présence d'une ascite, et cet épanchement mérite d'arrêter ici notre attention. Ce liquide augmente progressivement ; à de rares exceptions près, il n'est pas très-abondant, et dans maintes circonstances, il est tellement circonscrit par les adhérences et les fausses membranes, qu'il échappe aux lois du déplacement du liquide dans l'ascite, tellement que pour peu qu'il y en ait une grande quantité, on peut, en ne considérant, pour établir le diagnostic, que les signes physiques qui se passent du côté de l'abdomen, on peut, dis-je, prendre une péritonite tuberculeuse pour un kyste de l'ovaire ; c'est ce qui est arrivé pour une femme que l'on envoyait à l'hôpital avec ce diagnostic en haut d'une ordonnance (voyez plus loin, l'observation de cette femme).

Ce liquide, chose fort importante à noter, ne persiste généralement pas très-longtemps en aussi grande abondance ; il est susceptible de notables variations sous ce rapport. Le plus ordinairement il est tout à fait résorbé, lorsque les malades succombent. Voilà donc déjà un élé-

ment qui, par sa manière d'être, peut influer d'une façon remarquable sur la forme du ventre. Mais indépendamment même du liquide épanché ou résorbé, tel malade qui pendant plusieurs semaines a présenté un fort ballonnement du ventre, peut ensuite, pendant plusieurs autres semaines, présenter cette forme du ventre avec dépression que nous signalions tout à l'heure, et que nous pourrions désigner sous le nom de ventre en bateau. Cette dernière forme peut survenir d'emblée, et c'est elle que j'ai cru remarquer ordinairement chez les phthisiques très-avancés, qui, vers les derniers jours de leur existence, se plaignent de douleurs abdominales, douleurs assez vives quelquefois pour leur arracher des cris.

Nous ne confondrons pas cependant cette forme du ventre, qui est la conséquence d'un certain degré de péritonite, avec la forme abdominale, tout à fait pareille, que l'on rencontre dans la localisation de la tuberculose aux méninges. Il y a là, en effet, une rétraction du ventre, qui, sous les mêmes apparences, reconnaît une cause toute différente, tandis que, dans cette dernière circonstance, c'est en effet une simple conséquence de l'hyperesthésie de la région; dans le premier cas, au contraire, nous trouvons des lésions bien palpables du côté de l'abdomen, lésions sur lesquelles nous devrons insister, et qui, pár leur nature, leur manière d'être et leur évolution, amènent le ventre à prendre la forme excavée dont nous parlons ici.

L'intensité et l'espèce même de la douleur sont complétement indépendantes de la forme du ventre; elles sont lancinantes, contusives, ou bien se rapprochent des coliques et varient souvent sans que rien ne soit changé dans l'aspect de l'abdomen; mais pourtant, dans la forme que nous

avons décrite avec distension abdominale, cette distension est susceptible de varier dans des limites restreintes, il est vrai, mais d'une heure à l'autre, pour ainsi dire. Alors la douleur paraît s'exagérer avec l'augmentation du volume du ventre.

Il est important de dire que la douleur peut, dans certaines circonstances, débuter d'une façon instantanée et devenir de suite assez vive pour être comparée aux douleurs décrites pour la péritonite par perforation. J'ai eu l'occasion d'observer un fait de ce genre, et j'ai cru utile de le rapporter à cause de son immense intérêt, au point de vue du diagnostic (obs. du n° 7, Ange-Gardien, écrite au *Diagnostic*, p. 25).

Nous devons maintenant compléter l'histoire de ces symptômes par un aperçu de la marche, de la durée et de la terminaison de la maladie.

On voit, d'après ce qui précède, combien doit être variable la marche de la péritonite.

D'une façon générale, elle paraît être progressivement grave, mais avec des périodes de rémission ; cette marche peut se trouver *arrêtée* pour un temps plus ou moins long, et cela à tous les degrés de la maladie ; ce détail est du reste le propre de la diathèse tuberculeuse, qui, quelque lieu d'élection qu'elle ait choisi, conserve toujours cette propriété. Mais, comme l'ont si bien remarqué dès longtemps les cliniciens, bien que la diathèse ait un lieu d'élection : poumons, méninges, ganglions, péritoine, etc., l'une quelconque de ces parties est bien rarement seule atteinte, et cette remarque s'applique particulièrement au péritoine. Il découle directement de ce fait que, dans l'immense majorité des cas, les lésions des autres organes vont influer,

d'une façon remarquable, sur la marche même de la maladie, et devront toujours entrer en ligne de compte dans l'histoire de la durée et de la terminaison. Quoi qu'il en soit, si la maladie ne compromet gravement que le péritoine, sans se jeter sur un ou plusieurs autres organes de première nécessité, même après avoir eu ces allures aiguës que nous avons décrites en commençant, le mal ne tarde pas à ralentir son évolution, et à prendre ce cachet de chronicité qui explique pourquoi les auteurs classiques parlent tous de la péritonite tuberculeuse, en la qualifiant du titre de chronique.

Cette maladie ne paraît donc pas tuer rapidement par elle-même, et nous avons déjà dit pourquoi : c'est que, dans la forme aiguë, la diathèse n'a pas encore fait le choix de son lieu d'élection d'une manière définitive, et que si le malade meurt promptement, c'est que des manifestations pulmonaires ou méningitiques se sont déclarées, ont dominé la scène, et absorbé toute l'attention du clinicien, au point de lui faire perdre de vue les symptômes qui se passent du côté du péritoine.

Pour la durée, je suis forcé de m'en rapporter presque entièrement aux auteurs classiques, car je n'ai pas pu observer un assez grand nombre de malades, depuis l'origine de la maladie jusqu'à leur mort, pour avoir sur ce sujet une idée personnelle. Comme pour toutes les maladies essentiellement chroniques, les malades éprouvant peu de soulagement, aiment à changer de médecin, parcourent pour cela plusieurs services d'hôpitaux, et l'on n'assiste, pour ainsi dire, qu'à la dernière période de la maladie de ceux qui succombent entre vos mains. En conséquence, M. Grisolle fixe donc de deux mois à deux ans la durée de la

péritonite tuberculeuse, et donne sept mois, comme durée moyenne. D'après ma manière de voir, et d'après la description que j'ai faite de la maladie, de son début et de la période aiguë, susceptible de guérison momentanée tout au moins, on comprend que j'admette volontiers les données précédentes comme très-exactes, mais seulement en ce qui regarde la seconde période ou chronique. Si nous mettons en ligne de compte notre période aiguë, nous devons diminuer ou augmenter, suivant les circonstances, les limites assignées tout à l'heure à la durée de la maladie, car les malades peuvent être enlevés en un mois ou six semaines, ou bien, s'ils guérissent momentanément, le mieux peut durer assez d'années pour faire croire à une guérison définitive. C'est l'idée que M. Empis émet dans son livre sur la granulie, en séparant la granulie de cette grande diathèse dite tuberculeuse.

Quant à la terminaison, les malades succombent la plupart d'épuisement, à moins cependant, ce qui est encore très-fréquent, qu'une perforation intestinale, ou toute autre maladie intercurrente, ne vienne terminer brusquement la scène. La perforation intestinale est bien souvent de peu d'importance dans cette maladie, à cause des nombreuses adhérences anciennes qui en préviennent les conséquences fâcheuses ; mais dans quelques cas cependant, ces adhérences manquent, et l'épanchement de matières fécales dans le péritoine donne lieu à une péritonite très-aiguë, qui enlève rapidement le malade. Un mode de terminaison des plus importants, et sur lequel j'appelle toute l'attention, c'est l'apparition brusque d'une poussée aiguë, au milieu de la période chronique ; alors nous voyons chez un sujet où la maladie suit depuis plusieurs mois la marche lente de la

période chronique, avec toutes ses alternatives, nous voyons, dis-je, apparaître tous les symptômes décrits à notre période aiguë, et la mort survenir rapidement, comme nous avons vu qu'elle survenait dans cette période. J'ai eu encore l'occasion d'observer, pendant l'épidémie de choléra de 1866, une femme que l'on croyait morte de cette maladie, et qui avait succombé à un étranglement intestinal formé par des adhérences péritonéales et des fausses membranes. L'autopsie ne laissait aucun doute sur la péritonite et sur sa nature tuberculeuse. Les poumons, les plèvres, les fausses membranes et l'intestin lui-même étaient couverts de productions tuberculeuses ; pendant son séjour de quelques heures à l'hôpital, cette malade n'avait pas eu une seule garderobe ; sa mort était donc due à un accident, l'étranglement interne, accident préparé, il est vrai, par la péritonite tuberculeuse ancienne.

J'ai décrit ces quelques modes de terminaison, parce qu'ils dépendent de la maladie qui m'occupe.

Quant aux autres, qui sont bien nombreux, il me suffira de rappeler combien toutes les maladies ont de prise sur un organisme aussi affaibli qu'il l'est dans la péritonite tuberculeuse.

DIAGNOSTIC.

La péritonite tuberculeuse est une maladie qui donne lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Cela tient d'abord à ce que, étudiée par un petit nombre, jusqu'à ce jour, la plupart des médecins n'en connaissent qu'imparfaitement les symptômes, du reste si variables, et la grande mobilité même de ces symptômes est bien faite pour amener une confusion entre la péritonite tuberculeuse et une

série d'autres affections. Nous verrons précisément, en traitant ce sujet, combien sont rares les signes pathognomoniques capables de déceler la maladie, et combien souvent, ce ne sera que par l'ensemble des symptômes, mûrement analysés, ou bien même par exclusion, que nous arriverons au diagnostic.

Je commencerai encore ici par faire le diagnostic de ce que j'ai nommé la période aiguë de la maladie, de ce que M. Empis appelle péritonite granulique ; elle a, en effet, des allures particulières et assez remarquables pour être confondue avec un tout autre ordre de maladies que celles que nous aurons à examiner pour la période chronique.

Pour fixer les idées, un exemple pris parmi mes observations fera bien comprendre les difficultés de ce diagnostic.

Observation I. — Le nommé Pignon (Louis), garçon maçon, âgé de quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 30 mai 1866.

La mère de ce malade est morte fort jeune, à la suite de couches, et son père fut toujours d'une bonne santé ; lui-même eut, il y a une vingtaine d'années, deux fluxions de poitrine, la petite vérole ; un érysipèle en 1846, et, en 1859, une autre maladie dont il ne sait pas le nom. Il souffrait dans le ventre, et celle qu'il a aujourd'hui lui rappelle tout à fait la précédente. Il fut traité alors à Lariboisière ; on lui ordonna des petits paquets, des potions, des cataplasmes et des lavements.

Cette dernière fois, notre homme est donc malade depuis trois semaines, et, quelque temps auparavant, il avait déjà des malaises peu définis ; à partir de ces trois semaines, il avait de la fièvre, la nuit surtout, de la céphalalgie ; l'appétit manquait complétement.

Le 17 mai, ce malade fut forcé de s'arrêter ; depuis quelque temps déjà, il avait des alternatives de diarrhée. Le lundi soir, 28 mai, il fut pris subitement d'une douleur très-vive dans le ventre, douleur à crier, et depuis ce jour il a cessé presque complétement d'aller à la selle ; en même temps, il eut des nausées, sans vomir toutefois. L'examen du malade nous indique les faits suivants : figure peu altérée, sans expression, mais cet état doit être naturel chez ce sujet ; le pouls est plein,

dicrote, à 112 pulsations par minute ; la respiration est très-libre, et l'on ne trouve aucun râle dans la poitrine ; le malade tousse très-rarement, et ne crache pas ; la langue est blanche, le ventre tendu, et surtout fort sensible, et cela d'une manière générale : il est impossible de trouver un point manifestement plus douloureux que les autres ; les urines sont peu abondantes et rouges ; il n'a qu'une petite selle insignifiante depuis trois jours. La céphalalgie a disparu, et le malade n'a jamais vu de sang dans son mouchoir. (Limonade, 50 centigrammes ; calomel, en 10 paquets ; quatre selles dans les vingt-quatre heures.)

Le vendredi 1er juin, la figure est meilleure, il y a eu deux petits vomissements bilieux ; le pouls, dicrote toujours, est à 92 pulsations ; la chaleur est moins vive, ainsi que la sensibilité abdominale. (Émulsion d'huile de ricin, à prendre par cuillerées, 30 grammes.)

Le 2 juin, facies assez bon, pouls à 88 pulsations, peau fraîche, ventre beaucoup moins sensible, quoique encore tendu et sonore ; dans la journée, un vomissement, et plusieurs selles avec deux verres d'eau de Sedlitz ; le soir, le pouls est à 104, et l'état général plutôt moins bon, toujours très-peu de toux et aucun crachat.

Le 3 juin, le malade n'a pas eu de vomissements depuis la veille ; le pouls est moins dur, à 92 pulsations ; il a eu encore pendant la nuit plusieurs selles liquides, mais le ventre reste tendu, sonore et assez douloureux. On perçoit de temps en temps, par la palpation, le froissement d'amidon, et quelques petits râles criards produits par le déplacement, dans l'intestin grêle, de gaz mêlés à des matières liquides.

Le 4 juin, l'état général est le même (deux verres d'eau de Sedlitz) ; le malade a dans la journée plusieurs selles abondantes ; le pouls est, le soir, à 92 pulsations ; il n'a pas eu de vomissements. Le ventre est toujours douloureux et tendu, surtout dans le flanc et la fosse iliaque gauches.

Le 5 et le 6, le malade ne présente rien de notable ; la douleur abdominale est la même ; le ballonnement plutôt moins intense (de trois à cinq selles dans les vingt-quatre heures).

Le 7 juin, facies plus altéré ; il a eu un vomissement dans la nuit ; le ventre est plus volumineux, sans être plus sensible (une bouteille d'eau de Sedlitz). Le soir, le malade avait été six fois à la selle ; il avait vomi deux fois un liquide verdâtre et assez abondant ; le ventre est plus tendu et le pouls bat 100 pulsations par minute.

Le 12 juin, l'état du malade est sensiblement le même : encore un vomissement et plusieurs selles ; la langue est humide et le pouls dicrote ; la chaleur est cependant un peu moins vive, et la céphalalgie nulle.

Le 15, plusieurs selles dans la journée, toujours liquides ; pouls à

84 pulsations ; vomissements, toux et crachats plus abondants ; au sommet droit, quelques craquements profonds et disséminés ; peu d'expansion vésiculaire, submatité. La palpation abdominale, toujours un peu douloureuse, donne la sensation de frottement qui rappelle celui de l'amidon.

Le 16, encore des vomissements, huit garderobes, pouls à 92 pulsations ; amaigrissement rapide, langue humide et sale.

Le 18 juin, soir, peau chaude, pouls à 120, respiration haute, ventre plus tendu et douloureux. Deux selles liquides seulement, pas de vomissements ni de céphalalgie.

Le 21, la diarrhée devenant trop intense, le malade prend chaque jour deux quarts de lavement à l'amidon, et 12 gouttes de laudanum. Grand soulagement ; mais les principaux signes persistent au même degré ; la sensibilité du ventre est cependant notablement diminuée, et les signes pulmonaires restent les mêmes : les crachats sont plus abondants, et l'amaigrissement fait de nouveaux progrès.

Le 23, même état ; le ventre, moins sensible, permet de constater, par la palpation, des noyaux indurés assez irrégulièrement disséminés.

Le 27 juin, prostration extrême, sans nulle douleur, au dire du malade ; toujours une diarrhée très-abondante ; le ventre, gros, présente au plus haut degré ces inégalités caractéristiques, avec bruit de froissement d'amidon, et petits gargouillements, surtout autour de l'ombilic.

Le 29, même état ; le malade demande de la nourriture, et malgré sa diarrhée très-abondante, on lui accorde le premier degré.

Le 2 juillet, même état ; la diarrhée est cependant moins abondante depuis la veille ; le marasme domine, sans que le malade puisse indiquer au juste de siége à sa souffrance.

Le 3 juillet, le malade n'a qu'une selle ; le ventre présente toujours, au plus haut degré, vers l'ombilic surtout, ces signes particuliers de rénitence, de bruit d'amidon et de gargouillements, et cependant il est à peine sensible.

Le 4 juillet, le ventre se déprime de plus en plus ; le malade, toujours pâle, ne souffre pas.

Les 5, 6 et 7, même état, même pâleur ; la diarrhée ne reparaît pas ; il se plaint surtout du manque d'appétit ; les symptômes locaux ne changent pas ; l'expiration est toujours prolongée et rude à droite, mais les râles humides, que j'avais cru entendre pendant quelques jours, n'existent plus : ils étaient dus probablement à un peu de pleurésie du sommet.

Le 10, même pâleur ; état stationnaire ; manque absolu d'appétit.

Le 15, l'appétit revient un peu ; même faiblesse.

Le 21, il survient un peu de diarrhée, et le pouls, qui était tout à fait tombé, bat 92 par minute.

Le 24, le malaise n'a pas eu de suite ; le malade reprend de nouveau de la nourriture.

Les 28 et 29 juillet, le malade a de la fièvre le soir, un peu de chaleur et le pouls à 96. Il ne se plaint cependant que de faiblesse. Les signes locaux sont moins sensibles et le ventre est plus souple.

Le 5 août, son état général est de nouveau assez bon ; il mange et digère bien ; puis il part en convalescence à Vincennes.

Lors de l'entrée de ce malade, deux erreurs de diagnostic étaient possibles : on pouvait croire, d'abord à une fièvre typhoïde, ensuite à une perforation intestinale. Rien de plus commun, en effet, que l'erreur entre la péritonite tuberculeuse (période aiguë) et la fièvre typhoïde. Ce qui fait l'immense difficulté de la distinction, c'est qu'à cette période, la péritonite n'est qu'une manifestation d'un état inflammatoire général, et que dans l'une et l'autre maladie presque toutes les fonctions sont atteintes. C'est un point capital, sur lequel je ne saurais trop insister, puisque la localisation, presque exclusive au péritoine, est le cachet de notre période chronique. Nous avions donc, pour établir le diagnostic, l'âge. La fièvre typhoïde est bien rare à quarante-deux ans, chez un homme qui habite une grande ville depuis vingt-cinq ans; tandis que la tuberculisation est de tous les âges. Nous avions le début si lent d'abord, et si insidieux, puis ces nausées, ces vomissements dont on n'a pas oublié l'importance, et qui précèdent aussi bien les manifestations péritonéales que cérébrales de la tuberculisation ; nous avions enfin cette douleur atroce, survenant au bout de trois jours seulement de repos au lit ; ce n'est pas l'époque à laquelle se fait une perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

La céphalalgie, très-vive au début, diminue rapidement et cesse ordinairement à la fin du premier septénaire dans la fièvre typhoïde, tandis que la céphalalgie persiste plus longtemps dans l'autre maladie; et cependant les facultés intellectuelles sont moins atteintes dans la seconde qu'elles ne le sont dans la première. La diarrhée habituelle et continue, dans la dothiénentérite, présente ici de fréquentes alternatives de constipation. Puis, chez notre malade, ne voyons-nous pas la langue rester humide, quoique blanche, et la douleur abdominale surtout, beaucoup plus vive qu'elle ne l'est dans la fièvre typhoïde, siéger non pas dans la fosse iliaque droite, mais bien aux hypochondres, et surtout au niveau de l'ombilic, à l'endroit même où plus tard nous avons trouvé cet îlot d'empâtement tout caractéristique. On avait donc, comme on le voit chez ce malade, des éléments de diagnostic; on pouvait soupçonner, dès l'origine, sinon affirmer, qu'il avait une péritonite tuberculeuse. Mais il est loin d'en être ainsi dans tous les cas, et mes maîtres m'ont souvent répété qu'ils ne connaissaient pas une célébrité médicale qui n'eût eu l'occasion de faire cette erreur de diagnostic.

Sans vouloir tracer ici l'histoire de la phthisie granuleuse généralisée, je suis cependant entraîné par mon sujet, et surtout dans cette partie de mon travail, à parler souvent de cette maladie, dont la péritonite est ordinairement un satellite éloigné, mais qui, dans d'autres cas, et ce sont ceux qui nous occupent ici, devient, par la prédominance des symptômes, le phénomène morbide essentiel, sinon la maladie elle-même. Nous ne devons donc jamais oublier qu'à l'évolution des symptômes locaux, préside toujours une

grande diathèse, qu'on la nomme tuberculeuse ou non, peu importe pour le moment.

Nous venons de voir comment, dans l'une ou l'autre maladie, se comportaient la céphalalgie et les facultés intellectuelles, les troubles du tube digestif, la douleur abdominale; poursuivons maintenant cet examen vers d'autres fonctions, et voyons combien il existe d'analogie, et partant, combien de causes d'erreurs. Pour la circulation, le pouls dicrote est signalé dès longtemps comme appartenant à la fièvre typhoïde; beaucoup d'auteurs ont fait remarquer avec raison qu'il existe dans d'autres maladies; nous l'avons trouvé, en effet, très-marqué chez notre malade. Ce que je viens de dire du peu d'importance du pouls, au point de vue du diagnostic, je pourrais le dire des taches rosées lenticulaires qui jouissent encore d'une grande valeur; valeur bien imméritée, à en juger par mes observations; j'en rapporterais volontiers quelques-unes ici, mais les faits de ce genre commencent à se multiplier, bien des auteurs en ont déjà parlé, et MM. Waller, Gosset, Barthez et Rilliet sont très-affirmatifs sur ce sujet. MM. Hérard et Cornil disent, de leur côté, que si ces taches se rencontrent dans la phthisie granuleuse généralisée, « elles sont alors peu nom- » breuses, petites, mal dessinées, de courte durée, et à ce » point de vue, fort différentes de l'éruption papuleuse si » caractéristique de la fièvre typhoïde ». Je ne saurais partager cette manière de voir, car mes observations ne m'ont démontré, dans bien des cas, aucune différence entre les taches lenticulaires de l'une ou l'autre des deux maladies qui nous occupent.

Je veux encore ici insister sur les phénomènes pectoraux

si fréquents dans l'une et l'autre maladie, mais avec des nuances cependant.

La toux et l'absence des crachats est la règle dans l'un et l'autre cas, ainsi que l'accélération des respirations. Cette accélération, cependant, m'a paru être bien plus constante et bien plus grande dans la péritonite granulique que dans la dothiénentérite, elle est de plus accompagnée d'un sentiment d'oppression dont les malades se plaignent constamment ; il leur semble que, malgré tous leurs efforts, l'air ne puisse pas pénétrer assez avant dans la poitrine.

L'auscultation présente aussi quelques nuances qui peuvent avoir leur valeur.

Dans le cas de fièvre typhoïde, les râles sibilants, ronflants et sous-crépitants même, sont très-nombreux et couvrent le murmure de l'expansion pulmonaire, que l'on peut saisir néanmoins ; dans le second cas, au contraire, tous ces bruits sont beaucoup moins nombreux, mais l'expansion pulmonaire est, pour ainsi dire, nulle et ne se perçoit pas, et cette différence dans l'auscultation s'explique on ne peut mieux par la différence des lésions organiques. On voit ainsi déjà combien, dans maintes circonstances, la similitude des symptômes concourt à augmenter la difficulté du diagnostic, et l'on ne s'étonnera plus qu'il faille souvent s'aider de la marche de la maladie, avant de se prononcer définitivement.

Les autres maladies avec lesquelles la confusion peut avoir lieu, ou pour lesquelles le diagnostic offre quelques difficultés, sont : la péritonite par perforation, l'étranglement interne, et certaines entérites.

La péritonite par perforation présente certainement des symptômes locaux dont l'analogie est très-grande avec ceux

observés chez notre malade (obs. I). La douleur avait été atroce; elle était située assez bas dans la fosse iliaque gauche, et la pression déterminait encore une très-vive souffrance lors de son entrée à l'hôpital. Il était constipé depuis l'apparition même de cette grande douleur qui, dès lors, attirait seule toute son attention ; mais les signes généraux, les antécédents, les diverses manifestations, du côté de la tête et du côté des plèvres, indiquaient tous clairement la nature de la maladie, et le diagnostic était possible. Dans des cas analogues cependant, et tout en admettant sans réserve une péritonite tuberculeuse, il pourrait y avoir perforation sans que l'on puisse reconnaître la chose, et cela tient à ce que des fausses membranes et des adhérences circonscrivent de toute part la perforation, et limitent ainsi la péritonite consécutive, à une très-petite partie de la séreuse. Dans ces cas-là, donc, nous devons admettre la presque impossibilité de reconnaître cet accident, qui, alors, n'offre du reste aucun intérêt, puisqu'il se borne à provoquer une toute petite poussée inflammatoire, de peu de durée. De cette façon s'expliquent ces communications anomales d'anses intestinales entre elles, que l'on trouve en faisant l'autopsie, mais qui souvent ne se sont révélées, pendant l'existence, par aucun symptôme grave du côté de l'abdomen. Dans d'autres cas, les antécédents que l'on pourra recueillir permettront de reconnaître l'existence d'une perforation, et souvent même la nature pathologique du travail ulcératif qui lui a donné naissance; ce sont ceux dans lesquels il n'existe pas d'adhérences anciennes sur la séreuse.

L'étranglement intestinal qui, à la rigueur, pourrait simuler la péritonite tuberculeuse, présente cependant quel-

ques signes très-propres à éclairer la question : c'est d'abord l'absence de ces symptômes généraux que nous avons notés comme accompagnant l'état aigu de la péritonite tuberculeuse, c'est encore une douleur plus localisée qui s'exaspère moins par la palpation ; mais c'est surtout la constipation, qui a des allures tout à fait différentes dans l'une ou dans l'autre maladie. J'insiste sur ce point qui me paraît avoir une grande importance d'après mon observation, et qui s'applique à toutes les variétés de péritonite. La constipation est, en effet, absolue dans l'étranglement, tandis que, dans les péritonites, si peu qu'il y ait d'évacuations, liquides ou gazeuses, il y en a cependant, c'est la règle, et nous devons en tenir grand compte. J'ai présents à l'esprit plusieurs faits où la perforation de la vésicule biliaire ou de l'intestin avait amené une péritonite consécutive qui fut prise pour un étranglement interne ; certainement que si l'on avait tenu compte, dans ces cas, de quelques petites évacuations qui eurent lieu, on aurait évité l'erreur de diagnostic.

De toutes les entérites qui pourraient être confondues avec la péritonite tuberculeuse, la seule peut-être où l'erreur soit facile, est précisément l'entérite qui se développe dans le cours de la phthisie et sous l'influence de cette même diathèse. L'erreur est d'autant plus facile que, dans bien des cas, le péritoine n'est pas tout à fait indemne; aussi, pour ne pas la commettre, aurons-nous recours à la description que nous avons donnée des symptômes locaux, dans la péritonite tuberculeuse, où nous voyons que, tandis que la douleur présentée par l'entérite est plus profonde à la palpation, qu'elle suit ordinairement le trajet du gros intestin, et qu'elle atteint un maximum d'intensité dans les

fosses iliaques, droites et gauches, nous voyons, au contraire, la douleur disséminée de la péritonite siéger de préférence aux hypochondres et autour de l'ombilic, être exagérée par une palpation, même superficielle, et enfin s'accompagner dans l'immense majorité des cas, ou bien de ce frottement, que nous avons comparé à celui de l'amidon, ou bien de cet empâtement pathognomonique au niveau duquel se perçoivent de petits bruits de gargouillement que j'ai désignés sous le nom de cris intestinaux. Ajoutons encore que cette douleur péritonéale n'est jamais aussi nettement déterminée que de la façon suivante : il suffit, pour cela, après avoir déprimé au niveau de l'ombilic, par exemple, la paroi abdominale avec une extrême lenteur, de retirer brusquement la main ; les parties déprimées reprennent alors leur position normale, et s'il existe de la péritonite, ce mouvement s'accompagne d'une très-vive douleur, assez vive parfois pour arracher un cri au malade.

On voit donc qu'à l'exception de la fièvre typhoïde, aucune autre maladie ne se confondra avec la péritonite aiguë. Arrivons maintenant au diagnostic de la période chronique, qui présente, dans beaucoup de circonstances, d'immenses difficultés.

Nous nous occuperons, dans ce chapitre :

1° Du kyste de l'ovaire ;

2° De la tuberculisation des organes génitaux de la femme ;

3° Des collections purulentes du bas-ventre ;

4° De la phthisie mésentérique ou carreau ;

5° Du développement anomal du ventre ;

6° De la tympanite et des coliques, surtout en rapport avec l'hypochondrie ;

7° De l'ampliation du ventre, due à l'augmentation du volume de la rate et du foie;

8° De la péritonite chronique simple;

9° Du cancer disséminé du péritoine;

10° Surtout enfin de la syphilis viscérale;

11° De la cirrhose.

Le kyste de l'ovaire et la péritonite tuberculeuse ont quelquefois été confondus, à cause même de l'enkystement de l'ascite, comme je l'ai déjà dit en traitant des symptômes. Une semblable erreur de diagnostic s'est offerte à mon observation à la fin de l'année dernière.

Observation II. — Une femme, âgée de trente-deux ans, Louise C..., couturière, se présentait à la consultation du professeur Gosselin, le 13 décembre 1865, et portait un papier où se trouvait inscrit le diagnostic : *kyste de l'ovaire.* Voici maintenant quelques détails sur cette malade :

Comme antécédents, du côté des parents, nous trouvons un père mort à soixante-quinze ans, ayant joui d'une parfaite santé; une mère morte d'un cancer de l'utérus à soixante-quatre ans, paraît-il; deux frères plus âgés sont en bonne santé. La malade, elle-même, paraît s'être bien portée pendant toute sa jeunesse. Mariée à vingt-neuf ans, elle a aujourd'hui un enfant de quatorze mois qu'elle a nourri. Depuis l'âge de seize ans, cette malade accuse quelques douleurs dans le côté droit du ventre, qui avaient complétement disparu depuis sa grossesse. Vers le mois d'octobre 1865, elle est prise de diarrhée avec des coliques vives; cette diarrhée dura quinze jours et, depuis ce moment, la constipation fut constante. En une huitaine de jours, vers la fin d'octobre, son ventre est devenu très-volumineux, et les douleurs continuèrent à être très-vives. C'est dans cet état que la malade se présente à la Pitié, portant sur une feuille d'ordonnance le diagnostic : kyste de l'ovaire.

A ce moment, voici l'état de la malade : amaigrissement général, le ventre est tendu, tellement même que sa forme générale est bien plutôt celle du kyste que celle de l'ascite. Il y a fluctuation manifeste, et pas de déplacement sensible du liquide dans les différentes positions que l'on fait prendre au sujet. Cependant les anses intestinales distendues se dessinent en relief, en même temps que par le palper on a la sensation

d'une rénitence particulière, et puis de petits râles sibilants perceptibles à l'oreille comme au toucher. La malade va régulièrement à la selle; elle ne tousse pas ou du moins tellement peu, qu'elle n'en parle même pas; elle ne crache pas, jamais elle n'a rendu de sang. Les règles, depuis l'accouchement, sont revenues deux fois, puis elles ont cessé de paraître depuis septembre 1865 ; les ongles sont peu caractéristiques; rien à l'auscultation, si ce n'est un peu de faiblesse du bruit respiratoire aux sommets des deux côtés; sonorité égale à la percussion; rien à la toux, pas de sueurs, un peu de retentissement de la voix; une grande maigreur; en somme, aucun signe certain de tuberculisation pulmonaire. Les jours suivants, les douleurs abdominales sont moins vives et le liquide péritonéal diminue légèrement, mais la malade s'affaiblit chaque jour; la faiblesse augmente et quelques vomissements ont lieu : ils sont tantôt bilieux, tantôt alimentaires; la chaleur cutanée est peu intense; elle a pourtant le soir un peu de fièvre; cette chaleur augmente, le pouls est à 104, et la malade se plaint de céphalalgie. Pendant quinze jours environ, cet état fut stationnaire; la quantité de liquide diminuait toujours un peu. Je changeai de service et, désirant suivre cette malade, je la fis entrer, le 3 janvier 1866, dans la salle de M. Vigla.

Pendant un mois, rien de bien intéressant ne vint changer l'état de la malade. Le liquide abdominal était presque entièrement résorbé; le ventre gardait presque son volume, toute sa sensibilité; l'amaigrissement continuait; l'auscultation fournissait des signes de tuberculisation pulmonaire ; la diarrhée avait reparu à trois reprises pour ne durer que vingt-quatre heures au plus; mais la malade, fatiguée d'attendre un mieux qui n'arrivait pas, voulut retourner chez elle et, malgré tous mes conseils, elle sortit le 14 février 1866.

Nous n'avons pas à discuter le diagnostic, bien qu'ici l'autopsie n'ait pas été faite, car l'épanchement qui avait diminué rapidement avant la sortie, suffit complétement pour ôter, à lui seul, toute idée de kyste de l'ovaire. Mais voyons ce que la science peut retirer de ces faits, et comment un cas semblable se présentant, on pourrait bien poser un diagnostic raisonné. Disons de suite que la question se compose d'un double examen : celui des signes physiques et celui des signes rationnels. Les premiers, dans un grand nombre de cas, ne donnent que des résultats très-analogues,

pour ne pas dire identiques, dans l'une ou l'autre maladie, ce sont les signes de l'enkystement du liquide ; des nuances, quelquefois imperceptibles, permettent seules de faire la distinction ; je veux parler de la rénitence particulière que nous indiquions tout à l'heure, et de ces gargouillements que nous désignons sous la dénomination de « cris intestinaux » ; mais encore n'ont-ils pas, quand ils existent, une valeur absolue.

Le second examen, celui des signes rationnels, nous présente une bien autre valeur, et s'il eût été pratiqué avec soin, dans l'observation précédente, on n'aurait pas commis l'erreur de diagnostic ; en effet, le kyste de l'ovaire ne grossit que très-lentement, et ne donne lieu à des symptômes généraux, à des troubles notables de la nutrition, qu'à une période très-avancée, souvent même après une ou plusieurs ponctions ; tandis que la femme qui fait le sujet de l'observation précédente était souffrante depuis ses couches ; elle avait, depuis quelque temps, des vomissements, de la diarrhée, et, de plus, elle affirme que son ventre avait grossi en quelques jours seulement, qu'elle avait éprouvé dans cette région de fréquentes et fortes coliques ; tous signes qui dénotent un état général grave, que l'on ne rencontre pas dans un simple kyste de l'ovaire, tumeur ordinairement indolente. Ce qui doit ressortir de ce fait, pour le diagnostic de la péritonite tuberculeuse, c'est que le liquide épanché peut, dans certains cas, s'enkyster de telle façon qu'il simule, à s'y méprendre pour la forme, un kyste de l'ovaire, mais qu'il ne faut par conséquent jamais se laisser influencer par cette seule particularité, et se souvenir toujours que la maladie qui nous occupe, comme bien d'autres du reste, ne peut se reconnaître avec certitude qu'autant qu'on aura

interrogé avec soin toutes les fonctions de l'organisme, et étudié, dans tous ses détails, la marche même de la maladie. En s'entourant de ces conditions, le diagnostic du kyste de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse ne peut, dans aucun cas, présenter l'ombre d'une difficulté.

La tuberculisation des organes génitaux, chez la femme, est une maladie peu connue elle-même, et qui possède, avec la péritonite tuberculeuse, plus d'un point de ressemblance, ce qui m'oblige à indiquer ici comment on parviendra à les distinguer. J'aurai plus d'une fois recours, dans ce paragraphe, aux travaux de M. Brouardel (thèse pour le doctorat, 1865). Nous voyons, dans cet excellent mémoire, que, le plus souvent, les organes génitaux ne sont pas les seuls à être envahis par les tubercules, et que le péritoine, particulièrement, participe à la tuberculisation. L'auteur ajoute, mais le démontre par des faits relativement fort rares, que les organes génitaux, chez la femme, peuvent se tuberculiser seuls, à l'exclusion de toutes les autres parties de l'économie. J'ai dit relativement fort rares, car si l'on analyse un peu les cinquante-cinq observations qui se trouvent relatées dans le travail de M. Brouardel, on n'en trouve que trois qui ne contiennent aucune indication sur la présence de tubercules dans d'autres parties de l'économie que les organes génitaux ; ajoutons encore que ces trois observations ne possèdent que quelques lignes, et sont de provenance étrangère. Je ne veux pas nier absolument que la tuberculisation des organes génitaux puisse se faire isolément, mais il est certain que cela n'est pas prouvé par le mémoire de M. Brouardel.

Ainsi donc, pour ce qui nous intéresse, dans bon nombre de cas, nous n'aurons qu'à compléter le diagnostic : pé-

ritonite tuberculeuse, en ajoutant que les organes génitaux participent à la lésion, et nous constaterons le fait, un peu par les douleurs accusées par la malade, du côté du bas-ventre, des reins et des cuisses, et beaucoup par le toucher, qui nous permettra de reconnaître, dans le cul-de-sac du vagin, un empâtement œdémateux ou bien même des tumeurs de consistance variable. Dans les cas rares où la tuberculisation est limitée aux organes génitaux, la distinction est bien plus difficile à établir entre les autres maladies de ces organes qu'entre la péritonite tuberculeuse; et sur ce point, je n'ai trouvé que des renseignements insuffisants dans le travail de M. Brouardel. Voici cependant, à mon avis, comment on pourra fixer, avec assez de certitude, la localisation des lésions, car nous ne devons pas perdre de vue que dans toutes ces lésions de différents organes, une seule et même diathèse, la tuberculose, est toujours là qui préside à leur développement, susceptible seulement de varier sa forme, suivant les différentes circonstances. Pour la tuberculisation des organes génitaux, la diathèse semble agir souvent d'une façon toute locale; nous voyons cette forme assez fréquemment dans les poumons, et surtout dans les ganglions lymphatiques. La forme que l'on rencontre dans l'envahissement des séreuses et du péritoine, entre autres, agit, au contraire, d'une façon bien plus générale, et retentit, par une ou plusieurs poussées inflammatoires aiguës, sur tout l'organisme; et ce serait là pour moi l'élément essentiel du diagnostic qui nous occupe ici, si l'observation ne nous montrait pas combien souvent les différentes formes de tuberculose se trouvent unies sur un seul sujet.

Les collections purulentes du ventre, et en particulier le

phlegmon de la fosse iliaque, ont été quelquefois confondues avec la péritonite tuberculeuse, et, cependant, pour un observateur attentif, les symptômes locaux, mais surtout les symptômes généraux, diffèrent complétement.

L'invasion brusque de la maladie pouvant avoir lieu dans les deux cas, serait de peu de valeur, si, à cette première donnée, on n'ajoutait pas aussitôt l'intégrité des fonctions du malade, ses antécédents, où l'on ne trouve pas les traces de la diathèse tuberculeuse, et les poumons qui n'ont aucune lésion appréciable à l'auscultation. Mais enfin, il peut arriver qu'un tuberculeux soit atteint d'une collection purulente simple de la fosse iliaque ; ce sont alors les signes locaux qui vont nous aider à faire la distinction. La déformation abdominale est à peine sensible et n'existe que d'un côté, dans le phlegmon iliaque ; la tumeur est dure, quelquefois fluctuante, mais elle donne toujours de la matité à la percussion ; la douleur est lancinante et se prolonge vers les organes génitaux et le membre inférieur du même côté. Tous ces signes sont bien distincts de ceux observés dans la péritonite tuberculeuse, sur lesquels je ne veux pas revenir toujours. Je n'insisterai ici que sur la consistance de la tumeur qui, formée par l'agglomération d'anses intestinales par des fausses membranes, présente des signes physiques en rapport avec cette disposition : sonorité très-inégale selon les points, fausse fluctuation avec cris intestinaux, et quelquefois frottement, douleurs vives, surtout provoquées et n'ayant pas du tout, comme dans les tumeurs précédentes, la forme lancinante.

Il est une variété de tumeur abdominale qui se rapproche beaucoup des précédentes, et qui pourrait, à première vue, simuler la péritonite tuberculeuse : c'est le phlegmon qui

siége autour du cæcum. Il nous suffira de faire remarquer que les accidents sont limités à la région cæcale, et surtout qu'ils surviennent au milieu de l'état de santé ; on trouve même assez souvent, par l'interrogation, la cause de la maladie dans l'ingestion d'une certaine quantité de fruits à noyaux ou à pepins, dont les résidus non assimilables se sont accumulés dans le cæcum et l'ont enflammé. Ces deux dernières affections ne peuvent être confondues avec la péritonite tuberculeuse qu'autant, comme on le voit, que l'observation se bornerait à l'examen des signes locaux, car l'état général ne permettra jamais de commettre une semblable erreur.

Le carreau, ou la tuberculisation des ganglions mésentériques, est peut-être chez l'enfant la maladie avec laquelle on confond le plus souvent et le plus facilement la péritonite tuberculeuse.

La même diathèse, en effet, préside à leur naissance ; les mêmes régions, pour ainsi dire, leur servent de berceau.

Malgré toutes ces causes d'erreur, je crois le diagnostic assez simple, si l'on veut examiner les malades un peu plus largement, et ne pas se borner à l'examen tout local de la région du ventre, si l'on veut interroger le mal dans son ensemble et dans sa manière d'être avec toutes les fonctions de l'économie. Alors on pourra saisir une différence énorme entre les deux maladies. Dans l'immense majorité des cas, le carreau est une tuberculisation locale, se rapprochant beaucoup de certaine forme pulmonaire, qui arrive très-vite à suppuration, fait une vaste caverne, puis reste là comme un cautère permanent, mais n'agit en aucune façon sur la santé générale, ou fort peu du moins ; aussi voyons-nous les auteurs les plus expérimentés nous dire que les

enfants affectés du carreau mangent bien, très-bien, et qu'ils sont parfois même voraces; ils ont souvent de la diarrhée, mais enfin la nutrition se fait encore très-convenablement. Un tel ensemble de faits est tellement opposé à ce que nous avons vu se passer dans la péritonite tuberculeuse, que le diagnostic serait facile, si les choses étaient toujours ainsi. Mais bien souvent la lésion qui existe dans les ganglions mésentériques existe dans beaucoup d'autres, ceux du médiastin, du cou et des grands plis articulaires; elle existe beaucoup aussi sur les muqueuses, et j'insiste sur cette dernière manifestation, car la tuberculose, agissant sur les organes que je viens de citer, prend un cachet tout spécial, et bien différent de celui qu'elle a lorsqu'elle envahit les séreuses : le diagnostic devient plus difficile dans ces circonstances, car les lésions se multipliant, l'économie tout entière commence à souffrir, et la nutrition ne se fait plus que très-incomplétement. Alors apparaissent : la diarrhée très-abondante, avec douleur abdominale; les vomissements, la fièvre; et c'est avec soin qu'il faut peser la valeur de chaque symptôme, si l'on veut arriver à la vérité. Enfin, dans quelques cas, la péritonite tuberculeuse existe en même temps que le carreau, et l'analyse consciencieuse du malade doit nous faire reconnaître la présence simultanée des deux maladies sur le même sujet. Cette coïncidence paraît être peu fréquente, car on trouve dans Rilliet et Barthez (page 807, t. III) :

« Il est rare de voir coïncider une phthisie mésentérique et une phthisie du péritoine. »

Ces auteurs, comme on le voit, ne nient pas la possibilité de la chose, mais se contentent d'en signaler la rareté.

La clef du diagnostic se trouve, selon moi, dans cette

considération importante : distinguer deux formes de tuberculose. La première, et le carreau en fait partie, que j'appellerai humide, est éminemment ulcérative et chronique : c'est la tuberculisation scrofuleuse. La seconde, que j'appellerai *forme inflammatoire* généralisée, à laquelle appartient la péritonite et qui envahit spécialement les séreuses ; elle est moins locale et moins chronique que la précédente.

Chacune de ces deux formes, sur lesquelles je n'ai pas ici le loisir de m'étendre, porte avec elle une physionomie particulière qui aide singulièrement à établir le diagnostic entre le carreau et la péritonite tuberculeuse.

Le ventre acquiert chez certains sujets un volume anormal ; c'est ce qu'on voit surtout chez les femmes ; pour peu qu'elles aient quelques douleurs internes, et nous savons tous combien ces douleurs sont fréquentes, ces femmes se préoccupent beaucoup du développement abdominal qu'elles remarquent seulement alors, et attirent spécialement l'attention du médecin sur ce fait. Avec un peu d'attention, on ne confondra jamais ce météorisme sans gravité avec la péritonite tuberculeuse, aucun autre signe physique ou fonctionnel ne venant s'ajouter à la tension de l'abdomen, et je passe à un cas très-voisin, mais où le diagnostic peut quelquefois offrir plus de difficulté. Il est en effet une foule d'hypochondriaques chez lesquels tous les phénomènes se concentrent du côté du tube digestif et de l'intestin en particulier. Ces malades ont le ventre très-dur, ballonné, fort sensible ; ils sont habituellement constipés, mais de temps à autre, après avoir été à la selle par regorgement, pour ainsi dire, ils ont une débâcle avec diarrhée. Il est donc possible de confondre cela avec les alternations de diarrhée

et de constipation si fréquentes dans la péritonite tuberculeuse. De plus, ces malades ont une nutrition très-imparfaite souvent : ils maigrissent, de sorte qu'à l'exception des symptômes pulmonaires et des antécédents diathésiques qui manquent, nous trouvons réunis une série d'accidents morbides bien faits pour conduire à une erreur de diagnostic. Il est même des cas où la tuberculisation venant à naître chez ces sujets, comme cela se rencontre assez souvent dans les névroses graves, on observe alors, en outre, des signes de tubercules pulmonaires, et la difficulté du diagnostic devient encore plus grande, mais non pas insurmontable. L'interrogatoire attentif de ces malades fait reconnaître : chez leurs parents, des névroses diverses; chez eux, des désordres intestinaux, qui durent depuis nombre d'années, désordres qui pendant longtemps n'ont en rien altéré leur santé, et s'ils maigrissent, ce n'est que très-lentement. Les troubles du côté de la défécation ne sont pas tout à fait ceux que l'on rencontre dans la péritonite tuberculeuse, comme on a pu en juger d'après la description précédente; enfin l'apyrexie, qui existe le plus ordinairement, sont autant de faits à noter pour établir le diagnostic, et si l'on voit enfin naître des tubercules pulmonaires chez de semblables malades, il ne faut pas oublier, je le répète, combien les névroses graves et persistantes prédisposent à la tuberculisation.

Les tumeurs du foie et de la rate, de quelque nature qu'elles soient, peuvent quelquefois, par l'ampliation qu'elles donnent à l'abdomen, par leur volume et par leur sensibilité même, peuvent, dis-je, simuler la péritonite tuberculeuse; je ne veux pas ici faire l'histoire du cancer de ces organes, de leur congestion simple, ou celle des cachexies paludéennes, mais je me contenterai de dire un mot de la

leucocythémie et de la dégénérescence graisseuse du foie, chez les tuberculeux.

La leucocythémie donne bien, il est vrai, une augmentation douloureuse du volume du ventre; elle s'accompagne des symptômes généraux des cachexies, et présente souvent de la diarrhée; cependant rien n'est plus simple que de distinguer les deux maladies qui nous occupent. L'absence complète de signes physiques aux sommets des poumons, la fréquence des hémorrhagies diverses, de nombreux ganglions, très-gros dans plusieurs régions, enfin la palpation abdominale, suffiraient pour faire un diagnostic certain. Le foie et la rate que l'on pourra limiter par la percussion; les tumeurs dures, élastiques et globuleuses, que l'on pourra sentir à travers la paroi du ventre, et qui sont formées par l'hypertrophie des ganglions mésentériques, ne peuvent pas être confondues avec les tumeurs que l'on rencontre dans la péritonite tuberculeuse, qui sont dues à l'agglomération des fausses membranes et des anses intestinales.

On rencontre très-souvent chez les phthisiques une dégénérescence graisseuse du foie; cet organe peut quelquefois prendre d'assez notables dimensions, pour donner au ventre une forme globuleuse assez remarquable. La palpation et la percussion sont alors douloureuses, et comme ces malades présentent d'ailleurs tous les signes de la diathèse tuberculeuse, il faut connaître la possibilité de ces accidents pour ne pas les confondre avec la péritonite; mais la distinction est souvent bien difficile : on se souvient, en effet, que l'hypochondre droit est un des lieux d'élection de l'inflammation diathésique. C'est en étudiant la douleur dans les autres points de l'abdomen qu'il sera possible ensuite, d'a-

près les résultats de l'examen, de savoir si elle est due à la sensibilité propre du foie, ou bien à celle du péritoine qui tapisse la région.

La péritonite chronique simple est fort rare, elle succède dans quelques circonstances à la péritonite aiguë, quelle que soit la cause productrice. On la voit survenir plus fréquemment à la suite de la pelvi-péritonite, dont le point de départ se trouve dans les organes génitaux de la femme. Dans l'un et l'autre cas, les antécédents et la marche de la maladie seront d'un grand secours pour faire un diagnostic avec quelque certitude. Dans la péritonite chronique simple, succédant à l'état aigu, la santé générale, au lieu d'aller s'altérant, s'améliore, et l'amélioration, quoique lente, est progressive et bien réelle, ce qui n'a, pour ainsi dire, jamais lieu dans la péritonite tuberculeuse, qui, si elle présente des périodes stationnaires ou d'une amélioration relative, reprend bientôt sa marche grave pour arriver à une issue funeste. Dans la pelvi-péritonite chronique, le toucher vaginal et le siége même de la maladie seront d'un grand secours.

La péritonite chronique d'origine cancéreuse, ou bien, plutôt le cancer disséminé du péritoine, est une des maladies qui peuvent se confondre le plus facilement avec celle qui nous occupe. Voyons cependant comment, en général, il sera possible de distinguer. Les antécédents devront être interrogés, sans y attacher une idée absolue, car il n'est pas très-rare de trouver réunis sur le même sujet le cancer et le tubercule, mais cependant cette réunion doit être regardée comme exceptionnelle. Aussi, dans l'un ou l'autre cas, bien que nous ayons des manifestations très-multiples de ces deux diathèses, les lieux d'élection sont différents, pour le cancer : l'estomac, le foie, le rein, etc., seront atteints,

et souvent même auront été le point de départ de la péritonite.

Pour le tubercule, au contraire : le poumon, comme nous l'avons maintes fois répété, présentera des lésions plus ou moins avancées. Il est cependant quelques circonstances rares dans lesquelles, bien que la péritonite soit cancéreuse, il existe des lésions de même nature dans les poumons; mais loin d'être la règle générale, c'est au contraire une grande exception.

Je rapporte ici le résumé d'une observation de péritonite cancéreuse, pour donner une idée de la difficulté possible de diagnostic.

Observation III. — Le nommé Brunod (François), âgé de vingt-huit ans, profession de garçon maçon, entre le 22 juillet 1861 salle Sainte-Jeanne.

Cet homme éprouvait depuis le 15 juillet des symptômes d'embarras gastrique : digestions pénibles, fatigue et langue chargée. Cet état resta stationnaire quelques jours; le malade se plaignait un peu du ventre, lorsque le 27 juillet, le professeur Grisolle, palpant cette région, soupçonna un début de péritonite tuberculeuse. Le bas-ventre présentait une tumeur au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, simulant bien la vessie pleine ; le malade disait uriner fort peu ; il n'allait point à la selle depuis deux jours. Le lendemain, 28 juillet, au matin, le ventre était plus distendu et plus douloureux; en même temps il y avait une sensibilité plus grande, des vomissements verts et du hoquet, le pouls était petit, sans grande agitation, la peau légèrement visqueuse.

Le 29, même état, un peu plus de distension du ventre ; toujours douleur abdominale et vomissements ; le pouls reste le même, le facies est peu altéré. Le matin de ce même jour, nous avons vu des matières fécales noirâtres peu abondantes, de calibre fort petit : un centimètre, un centimètre et demi au plus, de diamètre.

Le 30 juillet, même état, distension plus grande encore, vomissements et sensibilité abdominale. Le pouls, petit, est un peu plus fréquent; le facies n'est cependant pas altéré.

Le 31, l'arrêt des matières fécales persiste; distension énorme de

l'abdomen, surtout du gros intestin ; il vomit, et ne rend pas de gaz, il y a une dyspnée assez considérable.

Le 1er août, je constatai, dans la région inguinale droite, la présence d'une petite hernie dure et irréductible, mais non douloureuse; les vomissements cessèrent un peu le 2 août; les hoquets persistent. Le malade n'a expulsé ni vents, ni matières fécales ; la distension du ventre est énorme, il existe un épanchement assez considérable.

Le 3 août, à la suite de l'administration de la scammonée et d'un lavement purgatif, il eut quelques selles, le ventre était moins distendu; même traitement le 4 août, mais alors sans effet. Le malade ne sent pas de douleurs aiguës bien vives, il souffre seulement du vésicatoire appliqué la veille, mais la distension abdominale est très-grande, le pouls petit et fréquent; la peau couverte d'une sueur visqueuse; les extrémités froides; les hoquets et les vomissements persistent.

Le 5, il y a une petite hémorrhagie intestinale. Jusqu'au 8, toujours le même état.

Le 10, il n'y a pas eu de selle; la respiration est très-gênée; vomissements. Mort le 11 août.

Autopsie. — Cancer généralisé : foie, rein, intestin; et péritonite symptomatique.

D'une façon générale, la péritonite cancéreuse paraît avoir une marche plus rapide que celle de nature tuberculeuse; il est inutile aussi d'ajouter qu'on devra accorder quelque valeur à la teinte jaune-paille qui est assez caractéristique du cancer. En résumé donc, nous n'avons aucun signe pathognomonique qui puisse nous permettre de poser un diagnostic certain entre ces deux péritonites de nature différente, mais dans la grande majorité des cas, l'analyse attentive de tous les signes que nous avons indiqués plus haut, donnera une solution satisfaisante; le peu d'utilité pratique qu'il y a du reste à faire un diagnostic rigoureux, aussi bien au point de vue du pronostic qu'à celui du traitement, m'engage à ne pas insister plus longtemps sur ce point.

Il n'en est pas de même de la syphilis viscérale, car ici

nous avons un grand intérêt à ne pas la confondre avec une péritonite tuberculeuse, au double point de vue du pronostic et du traitement. Aussi vais-je consacrer quelques pages à cette analyse différentielle, que je crois aussi importante que difficile. Une observation intéressante de syphilis viscérale qu'il m'a été permis de recueillir, et dont je vais donner ici le résumé, pourra servir à fixer les idées et à faciliter la discussion.

Observation IV. — Le nommé Basset (Jacques), âgé de cinquante-neuf ans, opticien, entre à l'hôpital le 14 avril 1863, salle Sainte-Jeanne, n° 44.

Cet homme est malade depuis six semaines environ, à ce qu'il dit du moins; à cette époque, il aurait eu une pleurésie; il est impossible de contrôler son dire pour l'instant, il n'en reste aucun signe. Le malade est resté longtemps à Rochefort, où il eut des fièvres intermittentes ; mais il y a une dizaine d'années qu'il n'y habite plus; enfin, ces derniers jours, sa femme mourut, et il s'ensuivit pour lui quelques fatigues à la suite desquelles il s'aperçut que ses jambes étaient enflées. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital. C'est un homme maigre et sec, dont la peau est foncée, et même présente une teinte terreuse. Les jambes sont très-enflées ainsi que la paroi abdominale, mais il y a aussi un épanchement ascitique considérable. La percussion donne, comme résultat, une diminution de volume du foie, et une hypertrophie notable de la rate; à peine un peu de fièvre, de l'inappétence et un peu de sécheresse de la langue. J'examinai l'urine, et je trouvai une notable quantité d'albumine. Le 15 au matin, mêmes symptômes; je constatai cependant que l'œdème remontait, quoique extrêmement peu apparent à ce niveau, jusque sur le sternum; peut-être même y avait-il un peu de bouffissure de la face. Le 17, même état; cependant je ne trouve plus d'œdème aux parties supérieures, puis, à travers le liquide, je parviens à limiter une rate énorme : 20 centimètres de largeur et dépassant de 10 centimètres les côtes. L'examen de la poitrine, pratiqué le 20 avril, me fait constater les symptômes suivants : des râles sous-crépitants, et ronflants sous les clavicules, bien que le son n'y soit pas obscur, mais il l'est dans les fosses sus-épineuses et particulièrement à gauche, l'expiration est prolongée; il y a quelques crachats muqueux. Ce malade dit avoir eu une hémoptysie il y a quelques mois; ces signes ne permettent donc pas d'affirmer l'existence de tubercules pulmonaires.

Le 23 avril, l'albumine a beaucoup diminué dans les urines.

Le 28 avril, le ventre est plus tendue, le liquide est plus abondant que jamais. Quant à l'œdème des membres inférieurs, il est resté sensiblement le même.

Le 1er mai, un peu de diminution de l'épanchement; le malade respire plus facilement; l'œdème des membres inférieurs est toujours le même.

Le 12 mai, le ventre est très-tendu, le malade a de l'oppression, l'œdème augmente toujours; les urines examinées ne donnent qu'une quantité à peine appréciable d'albumine; il s'est formé, sur ses jambes, des ampoules qui le font souffrir; l'œdème est plus considérable; il a beaucoup d'ascite, et le haut du corps conserve toujours cet aspect de maigreur qu'il avait à son entrée, et qui contraste singulièrement avec les parties inférieures.

Le 22 mai 1863, il remarquait le matin que son appétit était bien diminué, et qu'il avait, en même temps qu'un sentiment de gène, des nausées qui l'incommodaient beaucoup. Dans cette même journée, le malade rendit un litre environ d'un liquide noirâtre que l'on compare à la suie ou au marc de café; le visage est très-altéré le soir, et il a encore des envies de vomir. Les jours suivants il s'affaiblit encore, et meurt le 26 mai.

Nous n'avons, pour ainsi dire, assisté qu'à la période ultime de la maladie de cet homme, aussi le diagnostic ne fut-il fait que lors de l'autopsie : celle-ci se trouve tout au long dans le livre de mon ami, M. Lancereaux, page 346. Je ne vais en donner ici qu'un résumé très-court.

Les poumons présentent aux sommets de petites masses tuberculeuses; le cœur est intact; il y a beaucoup d'épanchement abdominal; le foie a tous les caractères des lésions gommeuses du foie. La rate a 24 centimètres de largeur; elle est charnue, et sa membrane d'enveloppe hypertrophiée. Les reins ont subi un commencement de dégénérescence amyloïde. Les testicules présentent, eux aussi, des lésions syphilitiques.

L'espace me manque pour multiplier les observations; je me contenterai donc, comme exemple, de citer la précé-

dente, que j'ai pu recueillir moi-même; mais le livre de M. Lancereaux en contient plusieurs fort intéressantes; une, entre autres, à la page 369, est ainsi intitulée :

Blennorrhagie, gommes du cuir chevelu et des os du crâne; dépression consécutive; tumeur hépatique, ascite; hémoptysie peu abondante. — Guérison.

Les lésions syphilitiques du foie peuvent donc donner lieu, du côté de la région abdominale, à une série de symptômes qui offrent plus d'un point de ressemblance avec ceux de la péritonite tuberculeuse. Voyons comment, en général, nous pourrons établir le diagnostic.

Les antécédents, d'abord, sont d'un grand secours et peuvent mettre sur la voie; les lésions concomitantes du côté des autres organes, et des poumons en particulier, sont très-fréquentes dans la tuberculisation et, le plus ordinairement, nulles dans la syphilis. Mais il n'est pas très-rare de voir les syphilitiques être en même temps tuberculeux, et c'est précisément le cas dans l'observation précédente.

C'est alors, par l'examen attentif des symptômes abdominaux et de la marche elle-même de la maladie, que nous arriverons le plus ordinairement au diagnostic. La douleur abdominale est beaucoup moins vive dans la syphilis que dans la péritonite tuberculeuse; l'épanchement est aussi beaucoup moins susceptible de résolution dans le premier cas, quoique la chose soit possible cependant, comme nous le verrons tout à l'heure. La diarrhée, ou les alternatives de diarrhée et de constipation, qui sont si fréquentes dans la péritonite tuberculeuse, ne se rencontrent pour ainsi dire qu'accidentellement dans la dégénérescence syphilitique du foie. Enfin, l'état fébrile, que l'on peut considérer comme constant dans la péritonite tuberculeuse, avec redoublement

vers le soir, et s'accompagnant de sueurs nocturnes plus ou moins abondantes, ne se présente guère que dans la période ultime de la syphilis du foie, ou lorsqu'il existe quelques complications. Malgré ces différences, qui paraissent bien tranchées, il est des cas où le diagnostic est des plus difficiles, même pour les médecins les plus expérimentés. L'observation suivante en est la preuve.

Observation V. — Le nommé Vorcelin (Jean-Paul), âgé de cinquante-quatre ans, serrurier, entre à l'hôpital le 10 mars 1863, salle Sainte-Jeanne, n° 62.

Le début de l'affection semble assez obscur, chez ce malade d'une intelligence au-dessous de la moyenne; il ne peut donner que des renseignements peu exacts sur l'origine de sa maladie : les premiers signes qui paraissent l'avoir frappé furent, vers le commencement de février 1863, un peu de gonflement des pieds et des jambes, une certaine fatigue; il remarquait aussi que son gilet le serrait plus qu'à l'ordinaire, et il avait porté une grande attention sur plusieurs grosses veines qu'il s'était vues sur l'abdomen, attribuant la chose à la compression produite par le gilet. Il se fit soigner à Fontenay pendant quinze jours. Dès ce moment, l'appétit avait disparu; dans le courant de janvier, il eut du dévoiement, mais ce fut de courte durée. Ce ne fut que le 15 février qu'il ressentit les premières douleurs du côté du ventre.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 10 mars, le foie paraissait normal; l'épanchement abdominal assez considérable. Le malade n'avait plus de diarrhée, mais il avait encore de l'œdème des extrémités; le facies était d'un jaune terreux et très-amaigri; le pouls était à 76 par minute, et la peau ne présentait qu'une chaleur modérée. Les douleurs abdominales étaient assez peu intenses; la percussion semblait indiquer la présence d'anses intestinales dans la région hypogastrique; enfin, une certaine dureté de l'abdomen. Tous ces signes furent, pour beaucoup de personnes, ceux de la péritonite tuberculeuse; le développement des veines abdominales paraissait être général. J'examinai ce malade pour la première fois, dans le commencement d'avril : il était très-amaigri, présentant un peu cette teinte subictérique que l'on rencontre dans la cirrhose; le ventre était énormément développé, ainsi que les veines qui rampaient à sa surface. Plusieurs vésicatoires, appliqués sur l'abdomen, n'avaient pas fait diminuer le liquide. Les intestins étaient refoulés vers l'épigastre;

tout le reste de l'abdomen était mat; la percussion du foie, pratiquée avec le plus de soin possible, me donna la sensation d'un foie petit : il était caché sous les côtes. Le malade mangeait un peu, n'avait pas de diarrhée : l'examen de la poitrine ne me révéla aucun symptôme de tubercules pulmonaires; la respiration était normale. Le malade dit, cependant, qu'il tousse un peu depuis quatre ou cinq jours.

Le 15 avril, toujours le même état; l'épanchement reste stationnaire; l'amaigrissement est peut-être plus considérable. Le 20 avril, il y a beaucoup moins de météorisme, et le ventre, moins distendu, se laisse déprimer plus facilement ; mais, en même temps, la figure est encore plus amaigrie ; le malade n'a plus la moindre douleur abdominale.

Le 1er mai, l'état du malade est stationnaire; cependant le visage est plus tiré et plus maigre.

Le 8 mai, le liquide est bien moins abondant dans le péritoine. Les veines sous-cutanées abdominales sont beaucoup moins volumineuses qu'elles ne l'étaient au commencement, alors que l'ascite était beaucoup plus considérable.

Le 7 juin, le malade ne s'occupe plus que de son testicule : l'un de ces organes, en effet, le droit, présente une augmentation de volume considérable : il contient un kyste, mais aussi une partie dure et irrégulière. Cet homme prend un peu d'iodure de potassium, 2 grammes par jour.

Le 12 juin, il me semble que la tumeur a légèrement diminué de volume; son état général est plutôt meilleur, mais il s'ennuie à l'hôpital et demande à sortir. Au bout de quelques jours, ce malade, voyant son état s'aggraver, entra à l'hôpital Saint-Louis : il y resta quelque temps, et l'on put constater la nature syphilitique de son affection, bien que le malade ne donne toujours à ce sujet aucun renseignement précis sur ses antécédents.

Le diagnostic n'était certes pas facile ; mais je crois cependant que, si l'attention des médecins se portait plus souvent sur les symptômes présentés par l'une ou par l'autre de ces maladies, l'erreur serait souvent évitée dans les cas de ce genre.

M. Lancereaux admet en outre, dans son ouvrage, une péritonite syphilitique, c'est-à-dire des altérations du péritoine de nature syphilitique : les faits rapportés sont beaucoup plus complets comme détails anatomo-pathologiques,

que comme histoire clinique de la maladie, et bien que nous soyons disposé à admettre, avec cet auteur, que la syphilis peut produire des altérations péritonéales, le fait qu'il rapporte, p. 322, obs. XXVIII, n'est pas assez concluant pour que l'on puisse affirmer la chose; car, parmi les lésions multiples de son sujet, nous trouvons une altération du foie, une ascite qui s'est résorbée, puis enfin des fausses membranes organisées; mais ces dernières peuvent fort bien n'être que le résultat de la résorption du liquide abdominal. Du reste, ces faits n'auront pour nous un nouvel intérêt qu'autant qu'il serait démontré que cette péritonite syphilitique peut exister en dehors de l'altération du foie qui nous occupait tout à l'heure. Cette démonstration n'est rien moins que faite, et dans l'état actuel de la science, ce diagnostic n'a pas lieu de nous arrêter.

Une dernière maladie peut encore fort bien être confondue avec la péritonite tuberculeuse : je veux parler de la cirrhose; et pour cette maladie peut-être plus encore que pour toute autre, nous allons n'avoir aucun signe, je ne dirai pas pathognomonique, mais seulement probable, pour établir notre diagnostic. C'est encore ici, en suivant la marche de la péritonite tuberculeuse, que nous pourrons arriver à établir les signes distinctifs.

Dans l'un et l'autre cas, lorsque les malades réclament le secours de la médecine, la nutrition est altérée chez eux depuis quelque temps; ils ont maigri, et l'ascite est déjà notable; mais dans la péritonite tuberculeuse, ce vice de nutrition s'accompagne ordinairement de toux; et, si peu marqués que soient les signes de tuberculisation aux sommets des poumons, il en existe quelques-uns. Ces malades ont de plus de la fièvre le soir; la peau est humide, et

même des sueurs abondantes les incommodent la nuit. Chez les malades affectés de cirrhose, au contraire, les signes d'auscultation sont nuls; pendant bien longtemps encore ces malades restent apyrétiques; leur peau est sèche, plus sèche même qu'à l'état normal. Vers cette période aussi, les troubles digestifs, quels qu'ils soient, sont ordinairement plus marqués dans la cirrhose que dans la péritonite; c'est dans la première maladie que l'on voit, en effet, l'appétit manquer bientôt complétement, et les digestions devenir extrêmement pénibles; tandis que l'appétit reste généralement bon dans la péritonite tuberculeuse, et la nutrition n'est troublée que par les vomissements et la diarrhée, deux symptômes qui sont beaucoup plus rares dans la cirrhose.

Peu de temps après le développement de l'ascite, les membres inférieurs augmentent aussi de volume, mais cet œdème est incontestablement plus marqué dans la cirrhose, tandis que ces suffusions séreuses sont extrêmement mobiles dans la péritonite tuberculeuse, à tel point, qu'il est rare de constater une ascite un peu considérable à l'autopsie. Dans l'autre maladie, au contraire, l'épanchement va toujours augmentant de volume, jusqu'à nécessiter la ponction, afin d'éviter des accidents de suffocation produits par le refoulement du diaphragme par le liquide. Devrons-nous tenir compte de la dilatation veineuse abdominale, et d'après la disposition de ces veines, affirmer que l'obstacle apporté à la circulation par compression trouve son origine dans la lésion hépatique ou bien dans l'épanchement?

M. le professeur Grisolle, dans son chapitre sur la cirrhose, admet que la dilatation des veines sous-cutanées abdominales est due uniquement à la compression par le

liquide, et je partage cette opinion, car, depuis que j'examine avec soin ces dilatations veineuses, il m'a été impossible de découvrir une disposition particulière, se rapportant à tel ou tel cas. C'est, du reste, ce que j'ai déjà indiqué en traitant des symptômes. Je termine le diagnostic en relatant comme exemples deux observations qui feront mieux saisir certains détails de ces maladies, qui passent aisément inaperçus dans une description générale.

CIRRHOSE.

Observation VI. — Le nommé Moutier (Louis), homme âgé de quarante ans, exerçait la profession de tailleur. Depuis quelques années déjà la santé de notre sujet était assez mauvaise : un teint pâle et anémique aurait pu faire croire chez lui à la présence d'un flux sanguin habituel; il n'avait cependant pas d'hémorrhoïdes ; depuis plusieurs années, il travaille dans un atelier petit et encombré par huit ou dix ouvriers comme lui ; ses camarades ne présentent pas, à son dire, un teint aussi pâle que le sien, bien que leur santé ne soit pas florissante. Tels sont les renseignements que le malade peut nous donner sur l'état général de sa santé et l'hygiène de son existence.

Il entre à l'hôpital le 3 janvier 1862 ; son interrogatoire donne les résultats suivants : Depuis six ou huit mois, ses digestions ne se font que lentement ; il éprouve un peu de pesanteur après les repas, mais cependant il n'a pas de douleurs, et il s'est peu occupé de cette simple lenteur des digestions. Il ne commence à s'inquiéter de sa santé que le 25 décembre 1861, après une nuit de réveillon dans laquelle le malade avait copieusement soupé, car son appétit était resté bon. Il fut pris d'indigestion, et le soir même il eut un vomissement : le vomissement était noir, mais il faut se demander si cette couleur était due à du sang ou bien au boudin, dont il avait abusé. Durant la nuit, cependant, les personnes qui le soignaient dans cette circonstance ont trouvé du sang dans son lit et dans ses matières fécales. Jusqu'à ce moment, cet homme n'avait pas encore eu de vomissements, mais il avait des alternatives de diarrhée et de constipation (il nous a été impossible de savoir si ses selles renfermaient ordinairement du sang). Le 27 décembre au matin, j'examinai le malade pour la première fois. Outre sa pâleur, je constatai au

creux de l'estomac une rénitence en croissant qui ne s'étendait pas à droite; le foie ne dépassait pas les côtés; la paroi abdominale se déplaçait facilement au-dessus d'une tumeur dans les mouvements diaphragmatiques. En poursuivant l'examen, je trouvai le ventre volumineux, ballonné et contenant, dans les parties les plus déclives du péritoine, une certaine quantité de liquide, bien petite il est vrai; les anses intestinales étaient distendues, et la percussion donnait un son clair dans la plus grande étendue de l'abdomen. Le malade avait un peu d'appétit : il fut mis à une portion, puis aux toniques et aux ferrugineux. Les jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, le 3 janvier, dix jours après son indigestion, le malade ne présentait aucun symptôme important.

Le 7, on put constater une augmentation de l'épanchement ascitique qui devenait de jour en jour plus considérable. Le ventre était tendu et sonore au-dessus de l'ombilic; il mangeait une portion. A partir du 10 janvier, il perdit complétement l'appétit; sa nourriture lui donnait, du reste, un sentiment de pesanteur et de gonflement très-pénible, dans la région épigastrique. Cependant il n'y avait pas de vomissements; la diarrhée était très-modérée. Le météorisme était plus considérable. L'examen de la poitrine n'avait fait constater aucun signe fâcheux d'auscultation. Le 12 au soir, je trouvai ce malade avec un peu de fièvre, il n'en avait pas eu jusque-là.

Le lendemain, 13 au matin, même état; le malade était plus faible et plus abattu; le ventre était de plus en plus distendu par le liquide péritonéal et par les gaz de l'intestin. Enfin, le soir à la visite, vers cinq heures, je trouvai cet homme mort : il s'était éteint sans se plaindre, et son crachoir contenait un demi-verre d'un liquide noirâtre.

Autopsie faite le 15 *au matin.* — A l'ouverture du cadavre, la cavité abdominale se présente remplie par les organes dont les rapports sont un peu anomaux, surtout en haut pour le foie et l'estomac. Le lobe gauche du foie, très-volumineux, forme au creux épigastrique la tumeur ovalaire que j'avais sentie sur le vivant. L'estomac est abaissé, et j'hésite pour savoir si j'ai affaire au côlon transverse ou à l'estomac. Tous ces organes baignés par un liquide abondant et louche sont, en outre, recouverts par une couche de fausses membranes qui ont l'aspect de la graisse. Quant aux lésions particulières à chaque organe : le foie présentait cette consistance dure et ces lobules de certains foies cirrhosés; abondamment recouvert par les fausses membranes, il fallait l'en dépouiller avec peine pour percevoir l'état rétracté qu'il présentait. En l'examinant avec soin, on trouvait la veine fort aplatie par la compression et renfermant un caillot aplati lui-même, et d'une consistance assez grande; seulement

à la coupe, ce foie présentait une teinte plus pâle, et l'élément glandulaire était remplacé par un élément conjonctif que l'on rencontre dans la cirrhose.

La rate présentait une hypertrophie considérable; les ganglions lymphatiques aussi. Quant à l'estomac, il ne montrait aucune lésion, pas plus que l'intestin.

Les poumons, ainsi que les autres organes, n'avaient aucune lésion; on ne pouvait constater sur eux la présence de tubercules.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

Observation VII. — La nommée X., âgée de trente-trois ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 1er septembre 1866.

Les antécédents de la malade sont presque tous négatifs : le père est mort d'une affection cérébrale; la mère vit encore et se porte bien; ils ont eu treize enfants, dont six vivent; plusieurs, parmi les autres, sont morts du croup. Jamais la malade n'a pris avec abus d'alcool; elle ne présente aucune trace de maladie syphilitique; d'une santé habituellement bonne, elle fit, il y a dix ans, une maladie de six semaines pendant laquelle la céphalalgie et les vomissements furent les principaux symptômes. Pendant cette période de dix années, elle eut de temps en temps des malaises qui la forcèrent à garder le lit pendant quelques jours; c'étaient encore des nausées, des vomissements, une céphalalgie vive, ldes troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, et aussi des douleurs dans le bas des côtés qui la tourmentaient surtout; cependant son embonpoint n'était sensiblement pas changé, lorsque vers le commencement du mois de juin elle remarqua qu'elle toussait beaucoup, crachant fort peu cependant, si ce n'est le matin, et c'était plutôt un petit vomissement. A plusieurs reprises, depuis ce jour, les vomissements verdâtres, la céphalalgie et un peu de fièvre le soir, se manifestèrent chez la malade. Les gens qui la connaissaient lui firent remarquer son amaigrissement; depuis cette époque ses forces se perdaient, enfin, le 10 août, elle fut obligée de cesser son travail.

Le 15, elle prenait le lit et son ventre devenait assez douloureux, en même temps qu'il augmentait de volume; elle remarque à ce moment l'œdème des jambes, puis elle est prise d'une diarrhée très-abondante, vingt selles par jour. Pendant vingt jours cet état ne fit que s'aggraver : toux incessante sans crachats, vomissements verdâtres, céphalalgie, troubles de l'ouïe et de la vue; douleurs abdominales avec œdème et ascite, diarrhées très-abondantes, sueurs nocturnes, insomnie, et cependant

quelque peu d'appétence; tels étaient les symptômes qui se manifestèrent du 10 au 31 août, jour où la malade se présente à l'hôpital.

A l'examen du 1er septembre, tous les signes énoncés plus haut persistent. Le facies est pâle; œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale; ascite facile à constater par la percussion, en faisant varier les positions de la malade; foie plutôt volumineux, remontant un peu haut; rate normale, œdème pulmonaire, se traduisant par des râles sous-crépitants à la base des deux poumons, et une légère submatité; au sommet, peu d'expansion; expiration rude et prolongée; quelques craquements très-rares disséminés: submatité à droite en avant avec une légère résonnance de la voix; cœur normal ainsi que ses bruits; urines assez rouges, sans albumine, beaucoup de sels. Pouls à 116; le soir à 96 seulement, mais chaleur sèche et assez forte; vomissements.

Les selles ont diminué, trois seulement; douleurs abdominales; grande distension; les veines sont apparentes. La toux et la céphalalgie sont les deux phénomènes qui tourmentent le plus la malade; elle n'a pas eu d'hémorrhagie par aucune voie.

Le 5 septembre, 100 pulsations et 32 inspirations par minute; chaleur, douleur vive dans le ventre, à gauche surtout, toux petite et fréquente sans crachats; mêmes signes d'auscultation.

Le 7, état stationnaire.

Le 11, douleurs assez vives dans l'abdomen; l'ascite augmente encore, la chaleur est modérée, mais le pouls est à 108; la diarrhée est arrêtée.

Le 12, même état, teinture d'iode sur l'abdomen.

Le 13, les douleurs profondes sont moins vives, mais l'iode a produit un premier degré de vésication qui a fait beaucoup souffrir la malade.

Les 14 et 15, même état, compresses de sureau sur la surface enflammée; l'ascite est sensiblement moindre; le pouls est à 116; un peu de chaleur, toujours de la toux sans crachats.

Le 16 et les jours suivants, la vésication des parois abdominales laisse plus de repos à la malade, mais les douleurs profondes reparaissent; l'état général n'a pas changé.

Les 23 et 24, les douleurs sont plus vives; la diarrhée peu intense: deux selles par jour, mais liquides; les jambes sont toujours de plus en plus enflées; la toux persiste sans crachats; la maigreur augmente; les vomissements bilieux persistent; l'appétit diminue et la fièvre reste toujours aussi intense; les douleurs et la gêne occasionnées par l'ascite font demander à la malade la ponction.

Le 25, au matin, la ponction est faite à gauche à la malade, qui a beaucoup souffert toute la nuit. Il s'écoule environ 8 litres de sérosité jaune citrin, un peu louche, moussant beaucoup, et contenant une

grande quantité d'albumine. Après la ponction, le foie paraît descendu jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le liquide ne coagule pas par le refroidissement, il est inodore; il en reste une petite quantité dans le péritoine. Les jours suivants, il se fait un épanchement assez rapide, et le 1er octobre, le volume du ventre, et, partant de l'ascite, est peut être encore plus considérable qu'ayant la ponction. Les douleurs sont aussi vives, la diarrhée persiste, quoique modérée; les vomissements sont plus fréquents que jamais; la malade ne mange plus; le pouls est à 116; les symptômes pulmonaires ne varient pas; l'augmentation des parties inférieures fait de nouveaux progrès; l'amaigrissement de la face est de plus en plus prononcé.

Le 3 octobre, vomissements verts et fétides, toux; liquide tellement abondant, que la respiration est fort gênée, la malade demande impérieusement une nouvelle ponction que je pratique le soir même.

Pendant que l'écoulement se fait, cette femme est prise de toux convulsive, tout à fait comme cela se voit dans la thoracocentèse (1); le liquide lui-même est semblable à celui de la dernière ponction, peut-être un peu plus visqueux; la malade est soulagée. L'épanchement mesuré est de 14 litres.

Le 5 octobre, la gêne de la respiration a bien diminué, ainsi que les douleurs abdominales.

Le 6, les vomissements reparaissent, la diarrhée est arrêtée; le ventre se ballonne : il est même assez distendu, mais il reste sonore dans sa plus grande partie; le liquide n'augmente pas comme à la suite de la première ponction.

Les 7 et 8, les vomissements continuent; la malade ne veut prendre aucun aliment; la faiblesse est extrême, la voix cassée; l'œdème des membres inférieurs est sensiblement moindre; le pouls, à 130; est très-petit; la peau est froide, et le plus souvent sèche.

Le 9, les vomissements deviennent plus fréquents encore, et les efforts que fait la malade amènent du sang noir mêlé à du mucus stomacal et filant; le météorisme augmente, et la sensibilité abdominale reste la même, ainsi que les signes d'auscultation. Le 10, trouble de la vision, céphalalgie, vomissements moindres; insomnie; pouls imperceptible, à 110 pulsations.

Le 11, même état; muguet; 100 pulsations, refroidissement; le liquide ne paraît pas augmenter, il y a toujours beaucoup de météorisme. Les vomissements commencent à devenir continuels : la malade ne prend plus un aliment, même liquide, sans le vomir de suite.

(1) Ce fait a une certaine importance au point de vue de l'explication à donner au phénomène lui-même.

L'épigastre plutôt que l'abdomen est le siége des souffrances.

Le 12 et les jours suivants, le pouls est insensible; les vomissements persistent; il y a de plus du strabisme, et des cris hydrencéphaliques; la diarrhée est arrêtée complétement, et la malade succombe le 16 au matin.

L'autopsie fut faite le 18 octobre 1866.

Les parois abdominales ouvertes, il s'échappe de la cavité 4 litres environ de liquide analogue à celui des ponctions. Le péritoine apparaît avec une teinte rouge, assez foncée par place; l'épiploon, épaissi, présente une forme irrégulière : il adhère en plusieurs points aux intestins, ainsi qu'à la cavité du petit bassin, au niveau du ligament large du côté gauche, forme ainsi une bride, allant de l'ombilic jusqu'en bas du ventre.

La séreuse est, dans toute son étendue, rugueuse, épaissie, et parsemée de granulations grises de toutes les tailles; de dépôts conjonctifs irréguliers de forme et d'épaisseur et de quelques tubercules miliaires plus rares. Au niveau du foie et de la rate, les dépôts fibrineux sont très-abondants, et des granulations grises assez régulières et brillantes sillonnent leur surface.

Le péritoine pariétal, surtout au-dessous de l'ombilic, est épaissi, rouge brun, et criblé de granulations grises et jaunes. Au niveau des organes génitaux, les lésions sont aussi très-notables, et tout à fait semblables aux précédentes.

Sur les intestins, les lésions sont d'autant plus marquées qu'on se rapproche du mésentère; les ganglions contenus dans ce dernier sont cependant à peine augmentés de volume.

Les principaux viscères contenus dans la cavité abdominale ne renferment pas de tubercules dans leur intérieur.

Le foie est de volume normal, légèrement graisseux.

La rate est volumineuse et un peu molle.

Les reins sont petits et sains.

Les organes génitaux sont intacts.

L'intestin grêle est sensiblement raccourci, mais les parois sont très-épaissies; il n'y a pas d'ulcérations intestinales.

La muqueuse stomacale est ramollie et ecchymosée par places.

La cavité thoracique nous offre les lésions suivantes : les plèvres, un léger degré d'inflammation; à gauche, les adhérences sont très-nombreuses, et les fausses membranes, minces et transparentes, présentent une résistance remarquable. Les granulations que l'on rencontre sur les plèvres et sur le tissu conjonctif que forment les adhérences, sont d'une

petitesse extrême : il faut une grande attention et une lumière assez intense pour les découvrir.

Le tissu pulmonaire lui-même présente, vers les deux sommets, des altérations anciennes, cicatrisées, produits calcaires, mais aussi des lésions plus récentes, tubercules crus, et une petite caverne à droite. Le reste du tissu pulmonaire m'a semblé être sain, et s'il contient des granulations grises, elles étaient assez petites encore pour qu'il m'ait été impossible de les voir à l'œil nu.

Le cœur et le péricarde étaient sains.

La muqueuse aérienne ne présentait aucune altération.

L'encéphale enfin nous montrait des méninges rouges et adhérentes en plusieurs points. Le liquide est normal, et il ne paraît pas y avoir de granulations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons avoir à traiter dans ce chapitre deux parties bien distinctes : l'une, toute de description, où nous essayerons de mettre sous les yeux du lecteur, avec le plus de netteté possible, les lésions telles qu'elles se présentent à l'autopsie ; l'autre, plus spéculative, où nous chercherons à interpréter la marche et la valeur scientifique des faits précédemment exposés.

Sans être obligé, comme pour les symptômes, de diviser en deux parties le sujet, je décrirai cependant successivement les lésions anatomiques que l'on peut rencontrer, selon la période à laquelle se fait l'autopsie. Il me suffira de bien faire comprendre que les lésions caractéristiques de la première période sont incapables de déterminer la mort, et que nous ne les observerons que chez des sujets qui succombent à cette maladie que mon maître, M. Empis, a décrite sous le nom de granulie ; c'est-à-dire que l'influence morbide, loin d'agir uniquement ou presque uniquement sur le péritoine, agit au contraire sur l'économie tout entière, et que la mort est due le plus ordinairement aux lésions méningo-encéphaliques. En un mot, voyons quelles sont les lésions si bien décrites par cet auteur sous le nom de péritonite granulique. Je n'aurai, pour ainsi dire, rien à changer à sa description, car il a observé en maître, et, si nous différons pour l'interprétation, les faits,

merveilleusement étudiés par lui, n'en restent pas moins immuables : je considère seulement, comme une variété, comme une manifestation de la tuberculose, et souvent comme la première manifestation, cette inflammation particulière qu'il nomme granulie, et qu'il croit être indépendante de la tuberculose. Ce travail ne comporte pas une discussion complète des motifs qui ont guidé mon interprétation, mais il est indispensable que je dise quelle immense importance j'attache à cette inflammation que je n'ai comprise que par M. Empis, mais que mon esprit se refuse à séparer de la tuberculose.

Les premières lésions de la péritonite tuberculeuse se rencontrent ordinairement chez les sujets qui succombent soit à la méningite, soit à la phthisie granuleuse, généralisée, c'est-à-dire à une granulie dont les manifestations cérébrales ou pulmonaires ont pris une grande intensité. Les malades ont eu des douleurs abdominales, le plus souvent masquées par leur état grave, et le péritoine présente des lésions. C'est d'abord la rougeur; cependant le péritoine doit conserver peu de temps cette couleur, car on peut dire qu'il est fort rare de la rencontrer. La séreuse présente en même temps, ou bien isolément, un certain état poisseux qui, sans unir les anses intestinales entre elles, en rend le glissement moins facile. Les vaisseaux sont très-apparents, surtout vers le bord mésentérique de l'intestin, où ils se montrent en général gorgés de sang. A cet état poisseux qui n'est qu'une modification de la sécrétion péritonéale, peut succéder un certain degré de sécheresse qui semble dû à un épaississement encore plus considérable du liquide normalement exhalé par la séreuse, et l'on voit alors apparaître des filaments blanchâtres, susceptibles de présenter toutes les con-

sistances, depuis la moindre jusqu'à la plus grande, et susceptibles aussi, par leur agglomération, de former des fausses membranes. Toutes ces productions paraissent être composées, en grande partie, de fibrine; c'est du moins ce que révèle le microscope.

Presque en même temps apparaissent des granulations grises, et c'est aux mêmes endroits précisément que se développent ces produits, c'est-à-dire par ordre de fréquence, et je dirai presque d'abondance : 1° dans l'hypochondre gauche et surtout à la surface de la rate; 2° dans l'hypochondre droit, et surtout à la surface du foie; 3° dans le péritoine pariétal et viscéral qui environne l'ombilic; puis enfin, les granulations, comme les produits fibrineux dont nous parlions tout à l'heure, apparaissent disséminées sur tous les autres points de la séreuse, mais avec moins de fréquence et surtout moins d'abondance. Le volume de ces granulations, qui dépasse bien rarement celui d'une tête d'épingle ou d'un petit grain de millet, est parfois assez petit pour qu'il soit impossible de lui fixer une limite ; la grosseur appréciable de ces granulations varie avec la puissance de la vue des observateurs, et, si l'on vient à faire usage de la loupe, on en voit un grand nombre qui échappaient à l'œil nu. Si, dans ces conditions, on examine une rate, il faudra, pour bien se rendre compte de la disposition indiquée, l'élever au niveau d'une lumière et regarder horizontalement ; alors, chaque granulation apparaîtra brillante, et l'on ne saurait mieux comparer l'aspect de cette rate qu'à une surface humide, saupoudrée avec la poussière de diamant.

Quel est le siége exact de ces granulations? Je le crois multiple.

Un grand nombre paraissent être sur la séreuse, très-

adhérentes à elle, entourées et recouvertes presque par une pellicule, décrite par M. Cruveilhier, et interprétée différemment par les auteurs, pellicule qui me fait l'effet de ne différer de la texture de la granulation elle-même que par un degré moindre d'organisation. Cette pellicule pourrait fort bien induire en erreur, et faire croire que la granulation est sous-séreuse ; ce point ne me paraît cependant pas discutable, et les auteurs admettent généralement que les granulations grises peuvent se développer à la surface du péritoine. Cependant le tissu cellulaire sous-séreux sert de lit, dans beaucoup de cas, à ces granulations ; on le constate très-facilement quand elles sont plus grosses et arrivées à l'état de granulations jaunes.

Les granulations prennent encore naissance dans le tissu cellulaire de tous nos viscères, pour ainsi dire ; et sur les vaisseaux, leur disposition est assez remarquable et se voit facilement au microscope : on prend pour cela un capillaire de moyen calibre, et avec un grossissement de $\frac{400}{1}$ on voit nettement la granulation placée entre les deux tuniques, déformant le vaisseau dans une plus ou moins grande étendue de son calibre; elle en diminue la lumière et augmente irrégulièrement sa circonférence.

Les produits fibrineux eux-mêmes, dont nous parlions tout à l'heure, servent très-fréquemment de terrain au développement des granulations grises, et l'on en rencontre en grande quantité, soit à leur surface, soit dans leur épaisseur. J'ajoute, dès à présent, qu'il ne faut pas confondre ces fausses membranes dans lesquelles se développent une grande quantité de granulations grises, avec d'autres produits de la diathèse tuberculeuse qui présentent avec elles, au premier abord, une grande analogie : ce sont, pour ainsi

dire, des nappes grisâtres, formées presque uniquement par la confluence extraordinaire des granulations. J'insiste un peu sur ce point, car je tiens à constater que la diathèse tuberculeuse présente, outre les produits : granulation grise, granulation jaune, tubercules miliaires, produits caséeux et ramollis ; présente, dis-je, des produits qui ne diffèrent en rien de ceux de l'inflammation pure et simple ; et j'espère avoir démontré plus haut que ces produits, aussi bien que l'inflammation qui leur a donné naissance, sont immédiatement dus à la diathèse tuberculeuse, et non pas à la présence d'un plus ou moins grand nombre de tubercules disséminés sur la séreuse. Ce fait ressort nettement des observations de M. Empis, et le péritoine en particulier présente, nombre de fois, des adhérences et des fausses membranes, sans que l'on y rencontre une seule granulation. Ce que je dis du péritoine, je pourrais le dire des autres grandes séreuses, et cette manière de voir fut déjà exprimée dès longtemps, quoique d'une façon dubitative, dans les livres classiques, comme celui de M. Grisolle et celui de MM. Rilliet et Barthez. J'aurai, du reste, besoin de revenir sur ce sujet, en traitant de la nature de la maladie qui nous occupe. Cependant je dois m'arrêter ici un instant pour dire ce que je pense de ces granulations qualifiées, dans le livre de MM. Hérard et Cornil (1), de purement inflammatoires ; au point de vue de l'anatomie pathologique, j'accepte très-bien la description donnée par ces auteurs, et je veux bien reconnaître avec eux que ces granulations diffèrent des granulations grises par le petit nombre de leurs noyaux; je trouve même qu'elles en diffèrent par leur aspect

(1) *De la phthisie pulmonaire*, p. 157.

à l'œil nu; mais la clinique ne permet pas d'admettre que ces granulations soient purement inflammatoires, comme le veulent MM. Hérard et Cornil et quelques autres auteurs ; je ne comprends pas cette inflammation chronique arrivant là sans motif, et j'ai trop souvent constaté le lien qui existe entre ces granulations et la tuberculose, pour ne pas les considérer comme une manifestation de cette diathèse. Il n'est pas dans mon sujet de donner la démonstration de ce fait, mais on la trouvera parfaitement exposée dans le livre de M. Empis, non pas que cet auteur considère lui-même ces produits comme étant ceux de la diathèse tuberculeuse, puisqu'il fait de sa granulie quelque chose de spécial, mais je me suis déjà expliqué à ce sujet, et l'on sait que j'admets tous les faits observés par M. Empis , en les rattachant toutefois à la tuberculose. Pour bien faire comprendre mon idée, je comparerai les produits inflammatoires dont nous parlons à d'autres plus connus, à ceux du rhumatisme, par exemple : chacun les considère comme des produits inflammatoires spéciaux, de nature rhumatismale et non pas purement inflammatoire, et moi, dans le même ordre d'idées, je considère tous les produits inflammatoires que nous venons de passer en revue, non pas comme simples, mais comme étant directement sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse.

Tout en m'abstenant de discuter l'histologie des granulations, je ne veux cependant pas oublier complétement cette partie, qui me sera tout à l'heure d'une grande utilité à un point de vue général. Tous les micrographes s'accordent à admettre dans les granulations grises : 1° une substance amorphe granuleuse; 2° des éléments fibro-plastiques, noyaux et cellules fusiformes, quelquefois déformées,

ou bien des débris de ces mêmes cellules; 3° quelques éléments du tissu conjonctif.

Quelques micrographes ont encore admis des éléments qu'ils nomment adventices. Je suis tout disposé à croire que ces éléments, très-variables du reste, ne représentent, dans les granulations grises, qu'un certain degré de régression.

Dès la première période de la maladie, et je dirai même surtout chez les sujets enlevés rapidement, on peut trouver une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. La quantité ainsi que la qualité en sont, du reste, extrêmement variables.

On peut cependant dire, d'une façon générale, que lors de l'autopsie, la plus grande partie du liquide a disparu, et que les cas où il en reste beaucoup sont fort rares : dans bien des circonstances, on peut évaluer à un verre ou deux, quelquefois à moins, la quantité de liquide épanché dans le péritoine. Il est tantôt transparent, un peu citrin, et d'une consistance aqueuse; tantôt, au contraire, opale ou lactescent, il contient des grumeaux blanchâtres. Dans tous les cas on y constate la présence d'une notable quantité d'albumine, que l'on peut faire coaguler par la chaleur ou par l'acide nitrique. Dans une période beaucoup plus avancée de la maladie, ce liquide est séro-purulent, mais rarement tout à fait purulent. On peut encore, dans quelques cas, y constater une certaine quantité de sang; il devient alors brunâtre.

La couleur n'est pas seule susceptible de variation; l'odeur elle-même peut être ou nulle, ou fade, ou nauséeuse; et si le même sujet subit plusieurs ponctions, l'odeur ainsi que la couleur de l'épanchement peuvent varier d'une

opération à l'autre. Comme pour le liquide des plèvres, on peut, lorsqu'il est très-fibrineux, observer par simple refroidissement une coagulation en masse; mais le phénomène est plus rare pour le liquide péritonéal que pour le liquide pleural.

Quand les malades succombent à la longue, d'épuisement pour ainsi dire plutôt que d'une manifestation foudroyante de la diathèse, l'aspect de la région abdominale est le suivant: rarement, comme je l'ai déjà dit, le ventre est tuméfié et augmenté de volume par l'ascite; cela est cependant possible et se présente quelquefois, mais enfin, ordinairement, la paroi abdominale, adhérente aux intestins, se trouve rétractée et comme appliquée sur la colonne vertébrale. Il faut prendre les plus grandes précautions pour qu'en coupant cette paroi, le couteau ne plonge pas directement dans une anse intestinale. Si l'on parvient enfin à détruire toutes les adhérences qui existaient, le paquet intestinal se montre avec un aspect tout particulier: c'est une masse informe, au milieu de laquelle on ne reconnaît le plus souvent aucun des organes. Des fausses membranes font, de l'épiploon, du foie, de l'estomac, de tout l'intestin, etc., un tout unique, le plus souvent inextricable.

En étudiant avec soin chacune de ces parties, nous voyons que ces fausses membranes peuvent avoir des apparences bien différentes: elles sont tantôt molles et blanchâtres, et se laissent déchirer aisément; tantôt fort dures et minces, d'un gris noirâtre, elles offrent une résistance telle que l'on déchire plutôt la paroi intestinale que de les faire céder. Entre ces fausses membranes se trouvent bien souvent des clapiers purulents ou séro-purulents, que ces dernières circonscrivent de toute part, si bien que, malgré la présence

d'une notable quantité de ce liquide séro-purulent, on pourrait renverser le cadavre sans qu'il s'échappât une goutte de liquide de la cavité péritonéale ouverte.

L'épiploon a quelquefois disparu entièrement ; d'autres fois, il s'est transformé en une épaisse fausse membrane qui forme, au-dessus de la paroi abdominale, comme un vaste tablier. J'ai vu un cas de ce genre, où la fausse membrane ancienne et organisée avait été le siége d'une hémorrhagie, assez abondante pour déterminer la mort.

L'épiploon, les fausses membranes résistantes, les adhérences elles-mêmes, peuvent former des brides sur lesquelles viennent s'étrangler les anses intestinales. J'ai rapporté plus haut un cas de mort causé par ce genre d'accident, et l'on s'étonne de ne pas le voir se produire plus souvent, lorsque l'on connaît la fréquence de ces sortes de brides qui sillonnent la cavité péritonéale dans tous les sens. L'immobilité seule de l'intestin rend compte de la rareté de cet accident.

Les fausses membranes peuvent aussi prendre toutes les consistances, elles peuvent même être osseuses ou cartilagineuses. Il est assez fréquent de leur trouver une teinte noirâtre, qui n'est due qu'à une suffusion sanguine déjà ancienne ; c'est du moins ce que révèle le microscope lorsqu'on a occasion d'examiner cette lésion.

L'intestin grêle présente, dans certains cas, une disposition très-remarquable : il est diminué de volume, aussi bien dans sa circonférence que dans sa longueur. Ce fait est signalé depuis longtemps ; il est décrit dans la pathologie du professeur Grisolle, et je l'ai plusieurs fois observé chez des sujets qui meurent d'inanition, par exemple chez certains nouveau-nés auxquels les mères ne donnent pas le sein.

Les auteurs signalent aussi l'amincissement de la paroi intestinale par atrophie de la couche musculaire ; cette dernière lésion doit être plus rare, car je ne l'ai jamais observée d'une façon bien nette. Théoriquement, on comprend cependant fort bien qu'une longue immobilité du tube digestif, comme cela se passe dans la péritonite tuberculeuse, puisse, comme partout ailleurs, amener l'atrophie des muscles restés ainsi inactifs. Cependant on peut voir, d'après l'observation VII, que, loin d'être constante, cette atrophie peut être quelquefois remplacée par une hypertrophie assez notable, qui porte alors uniquement sur les tuniques externe ou séreuse et interne ou muqueuse de l'intestin, tandis que la couche musculaire n'a subi aucun changement.

On voit encore quelquefois deux anses intestinales accolées se perforer et communiquer librement l'une avec l'autre ; c'est là un accident assez fâcheux, car, de cette façon, toute une partie de l'intestin peut se trouver supprimée et l'acte de la digestion subir de singulières modifications. On trouve à ce sujet, dans le livre de MM. Rilliet et Barthez, que ces perforations sont dues à des tubercules sous-péritonéaux, et non pas à des granulations développées à la surface de la séreuse. Mon attention ne s'est pas fixée sur ce point, et le manque personnel d'observation m'empêche de juger le fait, que je m'empresse d'admettre sur la foi d'aussi savants observateurs.

Enfin, sur tous ces organes se trouvent disséminés de nombreux tubercules affectant des dispositions et des degrés très-variables, que nous allons examiner successivement.

La disposition nous occupera fort peu, car, à l'exception du volume, qui est généralement plus considérable, les

granulations jaunes ou tubercules crus occupent la même place que les granulations grises, dont elles ne sont que la transformation régressive. (Cette manière de voir n'est pas celle de tout le monde, et si je passe si vite sans explication, c'est que nous allons avoir à y revenir plus tard, quand nous aurons à interpréter les faits observés.)

Il est cependant quelques organes, les ganglions mésentériques particulièrement, qui ne présentent pas de granulations grises; je n'en ai jamais trouvé tout au moins, et je ne sache pas qu'aucun autre en ait signalé la présence, à moins que l'on ne considère une certaine teinte grisâtre et diaphane, quelquefois trouvée dans les ganglions lymphatiques, comme produite par la condensation des granulations grises. Quoi qu'il en soit, ces ganglions contiennent des tubercules à tous les degrés de maturité, caséeux ou ramollis, au point que la coque fibreuse peut devenir la paroi d'un véritable abcès. La matière caséeuse ou purulente peut affecter différentes dispositions : tantôt, disséminée sous forme de noyaux de la grosseur d'un pois environ, elle présente une couleur jaune, et une disposition telle, que les anses intestinales paraissent, à une certaine distance, être couvertes d'une éruption de variole à la période de suppuration; tantôt, au contraire, la confluence est telle, que la matière tuberculeuse forme des espèces de plaques; ou bien encore, si les granulations sont de petit volume, le péritoine présente, en certains endroits, des irrégularités en forme de végétation. Quelquefois aussi, ce sont de grosses masses qui semblent encore dures, et qui cependant contiennent déjà du pus vers leur centre.

Quant aux lésions présentées par les autres organes, nous les résumerons parfaitement en disant : qu'il n'est pas une

autopsie qui ne montre dans d'autres parties du corps des lésions analogues à celles que l'on rencontre dans le péritoine. Les poumons, en particulier, contiennent des tubercules, souvent en grande quantité, quelquefois au contraire en très-petite; assez nombreux cependant pour que l'on puisse dire que jamais les lésions péritonéales ne se trouvent isolées; et ce que je dis des poumons, je le dis à plus forte raison des plèvres: tantôt ces productions sont à peu près de même âge dans tous les organes, d'autres fois, au contraire, on voit nettement sur le cadavre deux séries de lésions qui datent d'époques bien différentes. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des sujets tuberculeux, depuis dix ans peut-être, présenter des masses caséeuses énormes dans les poumons, dans la rate, dans le foie surtout, et présenter aussi, en même temps, les produits d'une poussée inflammatoire, toute récente, à laquelle ils viennent de succomber. Les premières lésions, celles qui remontent à dix ans, et qui siégent dans le parenchyme des organes, sont les lésions que je rapporterais volontiers à la forme scrofuleuse de la tuberculose; les secondes au contraire, représentées par de la rougeur, des suffusions séreuses, des granulations transparentes et fort petites, siégeant surtout sur les séreuses, sont les lésions de la forme aiguë inflammatoire généralisée, désignée sous le nom de granulie par M. Empis.

J'insiste un peu sur la réunion possible de ces deux formes sur un même sujet, d'abord à cause de l'intérêt qu'offre le fait en lui-même, mais aussi surtout à cause du diagnostic, car si l'on n'était pas prévenu, en présence d'un foie volumineux et bosselé, comme ceux dont je viens de

parler, on pourrait être tenté de croire à la nature cancéreuse des lésions, bien qu'il n'en soit rien.

NATURE.

Arrivons maintenant, à l'aide des données précédentes, à jeter un coup d'œil d'ensemble. Le titre que j'ai donné à mon travail indique suffisamment que je considère la maladie qui nous occupe comme étant de nature tuberculeuse; mais j'ai fait entrer dans cette dénomination tout un début, toute une période qui, jusqu'à ce jour, avait été fort peu étudiée par les auteurs, si ce n'est par mon maître, M. Empis, dans son livre sur la granulie, où il montre toute l'importance de cette inflammation particulière, qu'il différencie complétement de la tuberculose.

A propos donc de la péritonite, je crois pouvoir démontrer combien grande est l'importance de l'inflammation générale et primitive, dite granulie, que je regarde, contrairement à la manière de voir de M. Empis, comme liée à la tuberculose.

On ne doit pas confondre l'inflammation dont je parle avec celle qui se développe autour de produits tuberculeux, inflammation que tout le monde connaît bien, qui est toute locale, et produite par un corps étranger dans l'économie. Du reste, M. Empis a encore bien fait comprendre cette différence dans une clinique publiée par la *Gazette des hôpitaux* (n° 62, 29 mai 1866, page 245). L'idée seule de cette inflammation, je ne veux pas dire son étude, était déjà venue à l'esprit de plus d'un médecin, et M. le professeur Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne* (7° édition, page 525, t. I), disait : « En résumé, il suit de ce qui

précède, que la péritonite chronique est presque toujours tuberculeuse ; nous avons vu, en effet, les tubercules ne manquer qu'une fois, et dans ce cas, il y avait déjà de ces productions dans les poumons, de sorte qu'il est naturel de penser que, si le malade avait succombé un peu plus tard, il s'en serait développé dans les intestins et dans les fausses membranes du péritoine. Nous croyons d'ailleurs que dans aucun cas peut-être les tubercules péritonéaux ne sont primitifs, mais ils ne se développent que consécutivement à l'inflammation de la séreuse. »

Je ne saurais mieux choisir que cette citation du maître qui a dirigé mes études médicales, du professeur dont l'esprit éminemment clinique est proclamé par tous. Ce paragraphe, que j'extrais textuellement de son livre, va servir de base aux développements que je donne pour montrer comment je comprends la maladie dite péritonite tuberculeuse. Sur le fait lui-même, je n'ai plus à revenir. M. Grisolle a écrit : « Les tubercules ne se développent que consécutivement à l'inflammation de la séreuse », et j'ai tâché de le prouver, mais les points que je vais m'efforcer de mettre en lumière sont les suivants : Quel est d'abord le lien qui existe entre cette inflammation primitive et les tubercules qui se développent successivement dans les fausses membranes et dans la séreuse ?

Quelle est aussi cette inflammation elle-même ?

Cette inflammation n'est pas simple et banale, elle est, pour ainsi dire, spécifique, et doit être rapportée à un état morbide de l'économie tout entière. Son retentissement n'est jamais limité au péritoine seulement, surtout si l'on observe pendant un certain temps.

MM. Louis et Grisolle, et tous ceux qui ont parlé de la

péritonite tuberculeuse, ont été conduits par l'observation à noter attentivement, à signaler avec soin, les lésions de même nature trouvées dans les différents organes, et dans les poumons en particulier. A la suite de cette inflammation naissent des tubercules, et leur mode de génération nous a occupé un moment, quand nous avons traité de l'anatomie pathologique de la maladie.

Ces tubercules se développent aussi bien dans le tissu cellulaire de la séreuse que dans les fausses membranes qui sont la conséquence immédiate de l'inflammation. Leur dimension et leur nombre, très-variables tous deux, paraissent être fort indépendants de la rapidité et de la gravité de la maladie, comme nous avons essayé de le démontrer plus haut. Quel est donc le point capital dans la péritonite tuberculeuse? Sont-ce les tubercules? Est-ce l'inflammation? Je n'hésite pas pour ma part; l'inflammation me paraît être la partie nosologique importante, et la dénomination de péritonite tuberculeuse est bonné et mérite d'être conservée.

Pour faire saisir toute ma pensée, je vais me servir d'un exemple, et je choisirai le cancer du péritoine, sur lequel nous nous sommes arrêté dans le chapitre qui traite du diagnostic différentiel.

Dans le cancer donc, la manière d'être de l'inflammation est toute différente : tandis qu'ici, ce sont des masses cancéreuses disséminées dans toutes les parties de l'abdomen, qui finissent, en un temps donné, très-variable du reste, par amener un certain degré d'inflammation ; au contraire, dans la péritonite tuberculeuse, l'inflammation est le premier et le principal symptôme ; il persiste seul plus ou moins longtemps, attesté seulement par la présence d'adhérences

et de fausses membranes, mais remarquable aussi par l'absence complète de tubercules. M. Grisolle signale un cas de ce genre dans son livre, et je pourrais en rapporter ici plusieurs observations. Il semblerait donc logique, d'après cette manière de voir, de ne pas appeler péritonite tuberculeuse, une péritonite où il peut ne pas y avoir de tubercules proprement dits, et c'est précisément pour éviter l'objection que je vais m'expliquer sur ce sujet : *je considère la rougeur, les suffusions séreuses, les dépôts conjonctifs et fibrineux, les adhérences, les granulations grises et jaunes, etc., comme autant de manifestations de même ordre, toutes indépendantes les unes des autres, mais toutes aussi, dépendantes d'une façon immédiate de la diathèse tuberculeuse.*

Si je supprime la qualification de chronique, que tous les auteurs admettent, c'est que pour moi, dans l'immense majorité des cas, la variété de péritonite qui nous occupe, débute d'une façon au moins subaiguë. Mais il est vrai de dire que : si le malade meurt rapidement, emporté par la généralisation de la maladie, comme cela arrive dans la phthisie granuleuse généralisée, par exemple, les auteurs signalent à peine les phénomènes qui se sont passés du côté du péritoine, sans les désigner sous le nom de péritonite, et ne s'occupent que de l'ensemble de la maladie. Mais si, au lieu de prendre pour exemple la phthisie granuleuse généralisée, nous prenons un des cas décrits par mon maître, M. Empis, dans son excellent livre sur la granulie, un de ces cas où les malades guérissent, momentanément du moins, nous devons attacher plus d'importance aux symptômes péritonéaux qui, dans quelques cas, peuvent persister seuls, tandis que la maladie semble sommeiller sur les autres points de l'éco-

nomie ; alors seulement commencent les allures chroniques de la péritonite ; les granulations tuberculeuses se développent ; mais comme j'ai fait rentrer dans la description de la péritonite tuberculeuse les symptômes observés du côté de cette séreuse, chez des malades qui meurent rapidement, comme dans la phthisie granuleuse généralisée, par exemple, je n'ai pas cru devoir conserver la qualification de chronique. On pourrait bien m'objecter, je le répète, que dans ces cas précisément on ne trouve pas à l'autopsie de tubercules proprement dits dans le péritoine, et que dès lors le titre de péritonite tuberculeuse n'a plus de raison d'être. A cela je répondrai : *qu'ayant fait, à l'inflammation, la plus large part, je la considère comme le point de départ constant d'une certaine forme de tuberculose, de beaucoup la plus commune* (*de la forme non scrofuleuse*); mais il m'a semblé inutile d'effacer un nom connu de tous, pour y substituer un autre nom probablement plus mauvais encore ; si en effet cette inflammation et autres produits ne sont pas les tubercules classiques, ils sont cependant pour moi les manifestations de la diathèse, et j'ai préféré donner ces quelques explications, suffisantes j'espère, pour montrer de quelle façon j'envisage aujourd'hui la nature et le début surtout de la péritonite tuberculeuse.

Les données sur lesquelles s'appuie M. Peter (thèse, agrégation, 1866, p. 34) pour démontrer que la granulation grise n'est pas un produit d'exsudation, mais bien celui d'une prolifération nucléaire, selon l'expression de Virchow, me paraissent être solides ; mais elles n'ont plus aucune valeur, quand il s'agit des épanchements séreux, des dépôts fibrineux, des adhérences, etc., toutes productions, à mon avis, de même ordre que les granulations grises, et qui ne peu-

vent s'expliquer que par l'intervention d'un travail inflammatoire quelconque.

Mais, du reste, je ne vois rien d'impossible à ce que la même cause générale, la tuberculose, donne ici des produits de prolifération nucléaire, et là des produits inflammatoires, et qu'enfin cette inflammation elle-même soit une manifestation immédiate de la diathèse ; c'est du moins la meilleure interprétation que je puisse donner à mes observations.

J'espère avoir bien fait comprendre la nature diathésique et les allures particulières de cette inflammation qui est primitive, générale et susceptible de se montrer à tous les âges de la tuberculose aussi bien que de récidiver un nombre de fois illimité. Je crois que M. Peter a méconnu complétement l'influence d'une semblable inflammation lorsqu'il dit un peu plus loin (p. 40) : « Ainsi la présence du tubercule détermine, par voisinage, presque tous les actes morbides : hypérémie, hémorrhagie, hypercrinie, phlegmasie, etc., etc. » Cela peut être vrai, mais alors ces phénomènes se passent localement, jamais avec cette généralisation que nous signalions tout à l'heure ; c'est précisément cette différence que la clinique nous fait constater, qui nous amène à établir une distinction entre ces deux modes d'inflammation.

Enfin, encore une citation prise dans la thèse de M. Peter, et qui montrera combien nous interprétons différemment les faits. Il dit (p. 49) : « Ou bien encore la diathèse se manifeste à son maximum en *généralisant ses produits*, qui se montrent partout à la fois, et *font succomber* l'organisme en troublant toutes ses fonctions. » Est-il possible d'admettre que ce sont quelques granulations, souvent si peu

nombreuses, qu'il faut une grande habitude de ces sortes d'autopsies pour les trouver, faut-il donc admettre que ce sont elles qui causent la mort, lorsque nous voyons d'autres sujets qui vivent des mois, des années avec de gros tubercules ramollis dans tous les viscères pour ainsi dire? Non, il faut se décider à étudier et à connaître ces faits que M. Empis décrit sous le nom de granulie, et que je considère comme une très-importante manifestation de la diathèse tuberculeuse. Il faut savoir apprécier la valeur de cette manifestation inflammatoire et générale qui tue, avant même qu'aucun autre produit tuberculeux, proprement dit, ait eu le temps de se produire.

Ce que je dis des travaux de M. Peter, je le dis également de l'ouvrage si instructif de MM. Hérard et Cornil, dans lequel ils regrettent, avec raison à mon avis, de voir M. Empis séparer la granulie de la tuberculose, mais ces auteurs me semblent n'avoir remarqué dans le livre de M. Empis que le côté faible, tandis qu'ils n'ont été nullement frappés par ce grand fait clinique, si parfaitement observé et décrit : l'*inflammation générale primitive*. Ce fait, ils l'ont méconnu ; partout dans leur ouvrage, ils confondent cette inflammation généralisée primitive avec l'inflammation toute locale qui se développe autour d'un produit tuberculeux, quel qu'il soit, et de cette confusion bien regrettable pour la science, il résulte que le livre de MM. Hérard et Cornil, tout en contenant d'excellents matériaux pour servir à l'histoire de la phthisie pulmonaire, n'élucide en rien la question d'ensemble de la tuberculose, car je crois qu'il sera toujours impossible de se rendre compte de tous les faits observés, tant que l'on fera dépendre exclusivement l'inflammation de la présence des granulations.

Les idées précédentes se rapportent bien plus à la diathèse tuberculeuse en général, qu'à la péritonite en particulier ; mais je ne pouvais cependant pas me dispenser de les écrire pour bien faire comprendre comment j'envisageais le début de la maladie qui nous occupe, et comment aussi je pouvais considérer comme péritonite tuberculeuse, certains états douloureux de l'abdomen qui jusqu'ici n'ont pas, à mon avis, attiré suffisamment l'attention des observateurs ; états douloureux qui dépendent d'une façon irrécusable de la diathèse tuberculeuse.

En un mot, je cherche ici à établir toute la valeur de l'inflammation, ainsi que l'a fait M. Empis, mais je cherche en même temps à bien établir aussi que cette inflammation peut être, je le répète encore, une manifestation immédiate de la diathèse.

Pour démontrer toute la vérité de cette proposition d'une façon irrécusable, il me faudrait commencer une longue discussion sur de nombreuses observations ; je ne puis malheureusement pas donner à cette thèse une si grande étendue, mais j'espère avoir exposé les faits de telle façon, que l'observateur, par la seule étude des malades, puisse se convaincre de cette vérité beaucoup mieux qu'il ne le ferait par la lecture de nombreux écrits.

PRONOSTIC.

Le pronostic est extrêmement grave, comme on le comprend bien, mais ce que je tiens particulièrement à établir ici, c'est que le pronostic de la péritonite tuberculeuse ne

peut pas être isolé de celui de la tuberculose en général, puisque cette maladie n'est qu'une localisation de la diathèse, et que cette localisation n'est jamais la seule. On peut dire cependant que les manifestations péritonéales sont d'un pronostic assez alarmant. Bien que le péritoine ne soit pas un organe essentiel à la vie, il est remarquable de voir quelle influence grave ses lésions exercent sur l'économie tout entière, surtout sur les fonctions digestives, et partant sur la nutrition. La mort arrive donc assez rapidement, en l'absence même de tous les accidents possibles dont j'ai signalé l'influence fâcheuse, en traitant de la terminaison de la maladie.

Sans admettre une différence capitale dans le pronostic, suivant les âges, nous devons cependant reconnaître qu'il paraît être plus rapidement grave chez les enfants ou chez les sujets jeunes encore, que chez les individus qui ont passé la quarantaine, par exemple. Cela me paraît tenir à ce que la fonction d'assimilation est très-atteinte dans la péritonite tuberculeuse, et que cette fonction joue un rôle bien moins important dans l'âge mûr et dans la vieillesse.

HISTORIQUE.

La péritonite tuberculeuse n'a pas été le but de travaux bien nombreux. La plupart des auteurs, des classiques surtout, ne font pas à cette maladie un chapitre particulier ; ils la décrivent en même temps que la péritonite chronique ; c'est ainsi que, tout en trouvant sur ce sujet d'excellentes choses dans les travaux de Broussais, Scoutetten, de Gen-

drin, dans ceux d'Andral, on ne rencontre cependant pas une description isolée et complète de la maladie.

M. Louis traite de main de maître la péritonite chronique tuberculeuse, bien que, cependant, plusieurs parties de cette description soient aujourd'hui incomplètes, à cause des progrès de l'anatomie pathologique et du diagnostic; puis il ne traite exclusivement que de la période chronique.

MM. Rillet et Barthez ont, au contraire, observé, je crois, tous les faits, et je dirai même toutes les formes; ils ont vu, bien certainement, cette période que j'ai décrite, comme aiguë, et pour le montrer, je n'ai qu'à citer ici quelques lignes de leur ouvrage (p. 805, t. III..... « Cette dernière remarque nous engage à nous demander si la diathèse elle-même ne peut pas être pour quelque chose dans la production des péritonites aiguës des tuberculeux. » Puis, un peu plus loin : « En résumé donc, la diathèse scrofulo-tuberculeuse détermine des péritonites chroniques ou subaiguës, et peut-être aiguës. »)

On ne peut donc pas douter que ces auteurs aient vu et bien observé ces faits, mais ce qui paraît leur avoir échappé, à eux aussi, ce sont les allures générales de ces manifestations aiguës; c'est encore une vue d'ensemble sur cette inflammation diathésique dont je crois m'être bien pénétré, en écoutant les savantes leçons de M. Empis, et en relisant souvent son livre sur la granulie.

Bien que son interprétation soit toute différente de la mienne, M. Empis a, néanmoins, par ses travaux, élucidé la question à mes yeux, et cela en décrivant si bien sous le nom de granulie cet ensemble de phénomènes morbides qu'il a malheureusement, à mon avis, séparé de la diathèse tuberculeuse.

Je n'ai pas la prétention de faire ici l'historique de la maladie. Ceci est bien plutôt la nomenclature des ouvrages qui traitent particulièrement de cette question ; et je dois encore citer M. le professeur Grisolle qui, dans sa clinique, insiste souvent sur les signes différentiels de cette maladie, et dont les savantes leçons m'ont été d'un bien grand secours; puis enfin de nombreuses observations disséminées dans les journaux.

Il me faudrait encore citer, comme devant servir à l'histoire de la péritonite tuberculeuse, tous les ouvrages qui traitent des tubercules et de la tuberculisation ; mais, je le répète, il ne rentre pas du tout dans mes intentions d'écrire l'historique de la maladie, et je ne signale dans ce paragraphe que les ouvrages qui m'ont personnellement servi à faire ce travail.

TRAITEMENT.

Ici, peut-être plus que partout ailleurs, il ne faut pas oublier que la péritonite tuberculeuse n'est que la manifestation locale de la diathèse elle-même, et toute une partie de la médication doit être basée sur cette connaissance. Aussi le traitement de la péritonite tuberculeuse peut-il comprendre trois parties : 1° le traitement général; 2° le traitement de la péritonite elle-même ; 3° enfin, le traitement des complications qui se présentent si souvent.

Le *traitement général*, celui-ci consiste d'abord dans l'observation des conditions hygiéniques connues de tous et si peu mises en usage, conditions qui se rapportent à la tem-

pérature, à l'insolation, au renouvellement de l'air, qui se rapportent à l'alimentation devant être généralement fortifiante et tonique; puis enfin le repos, ou, si l'acte morbide le comporte, un exercice modéré, mais jamais fatigant. Je n'insiste pas davantage sur cette partie, qui se trouve traitée complétement dans les ouvrages classiques. Viennent ensuite les médicaments, dont la série est longue, et parmi lesquels beaucoup ont une certaine valeur. L'huile de foie de morue sera employée avec avantage si le malade ne présente pas de troubles digestifs, tels que vomissements et diarrhée, auquel cas on remplacerait l'huile de foie de morue par l'administration quotidienne de quelques gouttes de teinture d'iode (8 à 12), dans une petite quantité de lait : c'est un médicament que les malades supportent très-bien. Le vin de quinquina, pris un peu avant le repas, est un adjuvant utile, ainsi que la poudre de Colombo, administrée dans les mêmes conditions, à la dose de 50 centigrammes; enfin l'iodure de potassium, pris pendant longtemps à doses variables du reste (de 10 centigrammes à 1 gramme par jour), semble parfois donner d'heureux résultats et mérite d'être employé.

Le *traitement local* consiste à combattre les accidents abdominaux, c'est-à-dire la douleur, souvent très-vive, qui tourmente beaucoup les malades. Pour cela, nous aurons en notre pouvoir, les applications topiques, les cataplasmes laudanisés, les vésicatoires volants, appliqués successivement sur les différents points de l'abdomen, les badigeonnages avec la teinture d'iode, pouvant aller jusqu'à la vésication; ce dernier moyen, quand il amène la vésication, est tellement douloureux qu'il ne faut y avoir recours

que dans les cas exceptionnels où les malades, par exemple, ont très-facilement la cystite cantharidienne, ou chez ceux dont les douleurs très-vives n'ont pas cédé aux précédentes médications, ni aux applications répétées de vésicatoires volants ordinaires. On peut encore, comme palliatif, étendre sur le ventre une couche de collodion élastique qui forme, sur cette région, une sorte de cuirasse, et diminue peut-être les douleurs en diminuant les frottements péritonéaux; puis enfin, comme adjuvant, on pourra toujours se servir des différentes préparations opiacées employées journellement pour faire supporter aux malades leurs souffrances. Lorsque, à certaines périodes de la maladie, il y a des redoublements de fièvre : alors que la peau devient chaude, que la céphalalgie augmente et que le malaise est extrême, en un mot, lorsqu'il survient une de ces bouffées d'inflammation généralisée primitive dont nous avons parlé, on peut donner, avec succès, dans une potion de 125 grammes, 5 centigrammes de tartre stibié, que l'on fait prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées aussi espacées que possible. Cette médication doit être suspendue aussitôt que le mouvement fébrile a disparu, ou considérablement diminué.

Le *traitement des complications* se rapporte à trois accidents de la péritonite tuberculeuse, qui se montrent ordinairement comme symptômes de la maladie, mais qui, dans certains cas, présentent une prédominance qu'il faut absolument combattre. Ce sont : les vomissements, la diarrhée et l'ascite.

Pour ces vomissements, contre lesquels bien souvent on voit échouer toute espèce de médication, on peut quelque-

fois cependant employer avec avantage, ou l'acide arsénieux, ou l'extrait thébaïque.

L'acide arsénieux s'administre alors par granules de 1 milligramme, que l'on fait prendre un peu avant le repas; il en est à peu près de même pour l'extrait thébaïque, la dose seule doit varier, et c'est par pilules de 1 à 2 centigrammes qu'il faut l'administrer dans les mêmes circonstances. Ces deux médicaments triomphent quelquefois, non-seulement des vomissements qui accompagnent la péritonite tuberculeuse, mais aussi de ceux que l'on voit si souvent dans le cours de la tuberculose en général.

La diarrhée est plus fréquente, et aussi plus opiniâtre dans le cours de la péritonite tuberculeuse que les vomissements; et si les moyens ordinaires pour l'arrêter, médicaments et lavements opiacés ou astringents, ne suffisent pas, on peut avoir recours au nitrate d'argent, que l'on donne par pilules de 1 centigramme, de une à quatre dans les vingt-quatre heures. On peut aussi se servir de quelques demi-lavements contenant 5 grammes d'extrait de Saturne.

L'ascite, enfin, peut devenir assez abondante pour occasionner au malade un malaise intolérable. Le refoulement des viscères vers la cavité thoracique cause une très-grande gêne de la respiration, pouvant aller jusqu'à la suffocation. Il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à pratiquer la paracentèse. Cette ponction amène, en effet, un grand soulagement; elle est généralement innocente et le liquide est loin de se reproduire instantanément, comme on pourrait s'y attendre à priori. Le plus souvent, en effet, dans les cas que j'ai observés, le liquide n'a reparu qu'en quantité relativement faible, et encore s'est-il résorbé, bientôt après, sous l'influence des topiques ou même spontanément.

J'ai, du reste, appelé l'attention sur ce fait, quand j'ai traité des symptômes de la péritonite tuberculeuse : je n'ai pas pratiqué cette ponction un nombre de fois assez considérable, pour donner ici l'expression exacte de sa valeur thérapeutique. Je me contente donc d'en donner les résultats, dans les limites de mon observation, et de dire que, bien souvent, c'est un palliatif utile.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 3

Étiologie 5

Symptômes 8

Début 8

Signes 11

Marche, durée, terminaison 21

Diagnostic 24

Période aiguë 25

Période chronique 34

Anatomie pathologique 63

Nature 75

Pronostic 82

Historique 83

Traitement 85

— général 85

— local 86

— des complications 87

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Migon, 2.